

MENGOMUNIKASIKAN RISIKO YANG TERABAIKAN MELALUI ORGANISASI KESEHATAN

(Studi Kasus pada Komunikasi Risiko Terjangkit Demam Berdarah *Dengue* di Wilayah Kerja Puskesmas Wilayah I Denpasar Timur dan Denpasar Selatan)

SKRIPSI

Disusun untuk memenuhi sebagian persyaratan memperoleh gelar Sarjana Ilmu Komunikasi

Oleh:

I GUSTI LANANG AGUNG KHARISMA WIBHISONO

155120200111016



PEMINATAN STUDI MEDIA DAN KOMUNIKASI

JURUSAN ILMU KOMUNIKASI

FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK

UNIVERSITAS BRAWIJAYA

MALANG

2018

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : I Gusti Lanang Agung Kharisma Wibhisono

NIM : 155120200111016

Jurusan : Ilmu Komunikasi

Peminatan : Studi Media dan Komunikasi

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi dengan judul:

**Mengomunikasikan Risiko yang Terabaikan melalui Organisasi Kesehatan
(Studi Kasus pada Komunikasi Risiko Terjangkit Demam Berdarah Dengue
di Wilayah Kerja Puskesmas Wilayah I Denpasar Timur dan Denpasar
Selatan)**

Adalah benar merupakan karya sendiri. Hal-hal yang bukan karya saya, diberi tanda dan citasi yang ditunjukkan dalam daftar pustaka.

Apabila di kemudian hari terbukti pernyataan saya tidak benar dan ditemukan pelanggaran atas skripsi, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan skripsi dan gelar yang saya peroleh.

Malang, 3 Oktober 2018

I Gusti Lanang Agung Kharisma Wibhisono

NIM. 155120200111016

KATA PENGANTAR

Puja dan puji syukur penulis panjatkan kepada Ida Sang Hyang Widhi Wasa, Tuhan Yang Maha Esa, oleh karenaNya peneliti dapat menjalani kehidupan ini dengan penuh rasa syukur terhadap kesempatan untuk mengembangkan pengetahuan. Berkuliah di Jurusan Ilmu Komunikasi, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Brawijaya telah membuka banyak kesempatan berharga bagi peneliti untuk memperoleh ilmu dari akademisi yang kompeten di bidang masing-masing. Peneliti memperoleh kesempatan untuk memperdalam minat di bidang komunikasi kesehatan dengan menyelesaikan tugas akhir/skripsi berjudul **“Mengomunikasikan Risiko yang Terabaikan Melalui Organisasi Kesehatan (Studi Kasus pada Komunikasi Risiko Terjangkit Demam Berdarah Dengue di Wilayah Kerja Puskesmas Wilayah I Denpasar Timur dan Denpasar Selatan)”** sebagai salah satu persyaratan memperoleh gelar akademik pada jurusan Ilmu Komunikasi Universitas Brawijaya.

Pada kesempatan ini, peneliti mengucapkan terima kasih kepada seluruh pihak yang telah membantu dan mendukung dalam pengerjaan skripsi ini:

1. Untuk orang tua tercinta, Drs. I Gusti Lanang Putra, M.M dan Luh Putu Gedong, S.E. yang selalu mendoakan dan meyakinkan peneliti bahwa semuanya akan baik-baik saja. *This is for you.*
2. Untuk, kakakku I Gusti Ayu Agung Yesika Yuniar, S. Psi. dan adikku I Gusti Ayu Agung Apshari Puspaningrum. Terima kasih selalu menjadi *rolemodel* dalam dunia akademis maupun kehidupan nyata.
3. Prof. Dr. Unti Ludigdo, Ak. Selaku Dekan Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik beserta seluruh jajaran Dekanat Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Brawijaya.
4. Dr. Antoni, S. Sos., M. Si. selaku Ketua Jurusan Ilmu Komunikasi Universitas Brawijaya
5. Yun Fitrahyati Laturrahmi, S. I. Kom., M. I. Kom. selaku dosen pembimbing yang selalu memberi semangat belajar kepada peneliti dan membuat peneliti semakin tertarik pada bidang komunikasi kesehatan. Terima kasih banyak atas bimbingannya.
6. Sri Handayani S. Pd., M. I. Kom. dan Sinta Swastikawara, S. I. Kom., M. I. Kom., selaku dosen penguji. Terima kasih atas saran dan kritik yang bermanfaat selama seminar proposal hingga ujian skripsi berakhir.
7. Puskesmas I Denpasar Timur dan Puskesmas I Denpasar Selatan yang telah mengizinkan peneliti melakukan penelitian serta seluruh informan di Puskesmas yang telah bersedia diwawancarai.
8. Dr. Susanne Dida, MA. dan Prof. Dr. I Gde Parimarta, MA. selaku akademisi yang bersedia untuk peneliti wawancara untuk tulisan ini.
9. Onedha Mawaddah Munzila, Liza Noor Maulidya, Raehan Azalia, Husna Fajrezky Ridharti, dan Made Dwi Pradnyana Putra. Aku percaya bahwa diri kita dibentuk oleh interaksi dengan orang-orang terdekat. Karena itu aku berterima kasih, kalian telah membangkitkan versi terbaik dari diri ini. *Dear friends, may our path cross again.*

10. Rumput Tetangga akan selalu terlihat lebih hijau. Secara khusus, terima kasih Indira Saraswati, Ayu Nelia, Mahayoni, Feri Antara, Ananta Mahesvara, dan Brahmanda Candra. Terlebih lagi Finanto Valentino dan Nindy Sugitha yang selalu memberikan dukungan walaupun jauh di Kota Denpasar dan baru bertemu setiap 6 bulan. Terima kasih telah menganggapku sebagai sahabat kalian.
11. Kating UB Smansa, khususnya Wira, Feby, Dea Nita, Wawa, Desak, Ode, Thea, Alin, Yasmin, Dina, Dian, terima kasih banyak sudah membantu proses adaptasi di Malang hingga lulus.
12. Serta seluruh pihak yang telah membantu peneliti dengan dukungan moral, saran dan kritik dalam menyelesaikan karya ini.

Peneliti menyadari bahwa karya ini jauh dari kata sempurna. Namun, apresiasi dan kritik dari pembaca akan sangat berharga. Oleh karena itu, peneliti berharap kritik dan saran akan membangun tulisan yang lebih baik di masa yang akan datang. Semoga tulisan ini bermanfaat untuk para pembaca.

Malang, 8 Oktober 2018

I Gusti Lanang Agung Kharisma Wibhisono

ABSTRAK

I Gusti Lanang Agung Kharisma Wibhisono, 155120200111016, Jurusan Ilmu Komunikasi, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Brawijaya. Mengomunikasikan Risiko yang Terabaikan melalui Organisasi Kesehatan (Studi Kasus pada Komunikasi Risiko Terjangkit Demam Berdarah *Dengue* di Wilayah Kerja Puskesmas Wilayah I Denpasar Timur dan Denpasar Selatan). Pembimbing: Yun Fitrahyati Laturrahmi, S. I. Kom., M. I. Kom.

Salah satu jenis risiko kesehatan yang dihadapi di Provinsi Bali adalah demam berdarah *dengue*. Selama ini kajian mengenai komunikasi risiko kesehatan lebih banyak membahas konteks interpersonal dokter-pasien dan efek pesan melalui media massa. Di sisi lain, risiko kesehatan juga terdapat di dalam konteks organisasi dan masyarakat yang lebih luas. Melalui komunikasi risiko kesehatan, publik yang berisiko dapat dipersiapkan untuk menghadapi potensi epidemi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana strategi komunikasi risiko yang dilakukan Puskesmas Wilayah I Denpasar Timur dan Denpasar Selatan sebagai organisasi kesehatan terkait dengan isu demam berdarah *dengue*. Penelitian ini menggunakan konsep *health and risk communication* dalam konteks organisasi kesehatan. Penelitian ini menggunakan metode studi kasus dengan melakukan wawancara mendalam pada 16 orang yang terdiri atas petugas kesehatan Puskesmas, kader kesehatan (Jumantik), warga di wilayah kerja Puskesmas, dan akademisi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat strategi komunikasi yang dilakukan untuk mengomunikasikan risiko terjangkit demam berdarah *dengue* melalui pelaksanaan program P2DBD dan Promosi Kesehatan. Kader kesehatan (Jumantik) melakukan *face-to-face communication* secara individual kepada masyarakat di wilayah kerja. Strategi komunikasi secara tidak langsung menerapkan prinsip *community organizing* yang menghasilkan solusi atas kendala komunikasi. Terdapat konstruksi sosial mengenai penyakit dan tindakan pencegahan risiko demam berdarah *dengue*. Penelitian ini memberikan sudut pandang organisasi kesehatan dalam mengomunikasikan isu demam berdarah *dengue*. Penelitian ini juga memperkaya konsep komunikasi kesehatan dengan menunjukkan adanya keterkaitan antara komunikasi risiko kesehatan (*health and risk communication*) dan promosi kesehatan (*promotion of health*).

Kata kunci: Komunikasi Risiko, Demam Berdarah Dengue, Risiko Kesehatan, Jumantik, Promosi Kesehatan

ABSTRACT

I Gusti Lanang Agung Kharisma Wibhisono, 155120200111016, Communication Studies, Faculty of Social and Political Sciences, Universitas Brawijaya. Communicating Neglected Risk through Health Organizations (A Case Study of Dengue Fever Risk Communication at Public Health Centers Sector I in East and South Denpasar). Supervisor: Yun Fitrahyati Laturrahmi, S. I. Kom., M. I. Kom.

Dengue fever is a relevant health-risk faced by the health organizations in Bali. To date, majority of health and risk communication research discussed about interpersonal and mass media contexts. Meanwhile, there is a growing need for risk communication research in organizational and wider-society because health-risk also presents in that context. Through the utilization of health and risk communication, an organization could prepare people-at-risk from potential epidemic. This research is aimed to understand how health organizations (e.g. Public Health Centre Sector I in East and South Denpasar) implement their health and risk communication strategies for dengue fever issues. Health and risk communication concept in health organization context is used in this research. A case study is conducted by interviewing 16 people; ranging from health organization workers, health cadres (Jumantik), community members/local citizens, and multidisciplinary scholars. Based on the result, there is health and risk communication strategy for dengue fever issues done by health organization's program (e.g P2DBD and Health Promotions). The health cadres (Jumantik) implement face-to-face communication to their community members/local citizens. The communication strategy is implemented based on community organizing principles to solve communication problems. This research also revealed that dengue fever and related preventive action are socially constructed. This research provides organizational perspective in dengue fever risk communication. This research also provides new insight of the inter-related health communication concepts such as risk communication and promotion of health.

Keywords: Risk Communication, Dengue Fever, Health Risk, Health Cadres, Promotion of Health

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

KATA PENGANTAR

ABSTRAKiv

DAFTAR ISI..... vi

DAFTAR GAMBAR.....vii

DAFTAR TABELix

BAB I PENDAHULUAN1

1.1 Latar Belakang.....1

1.2 Rumusan Masalah.....13

1.3 Tujuan Penelitian14

1.4 Manfaat Penelitian14

1.4.1 Manfaat Akademik14

1.4.2 Manfaat Praksis.....14

BAB II TINJAUAN PUSTAKA15

2.1 Komunikasi Kesehatan sebagai Bidang Kajian Ilmu Komunikasi.....15

2.2 Perkembangan Studi Health and Risk Communication24

2.3 Peran Organisasi Kesehatan dalam Pelayanan Kesehatan.....33

2.4 Kerangka Pemikiran.....36

BAB III METODE PENELITIAN40

3.1 Paradigma dan Jenis Penelitian.....40

3.2 Metode Penelitian40

3.3 Lokasi Penelitian.....41

3.4 Fokus Penelitian.....43

3.5 Teknik Pemilihan Informan43

3.6 Sumber Data45

3.7 Teknik Pengumpulan Data.....	46
3.8 Teknik Analisis Data.....	48
3.9 Teknik Keabsahan Data.....	49
3.10 Etika Penelitian.....	49
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	50
4.1 Gambaran Umum Informan Penelitian.....	50
4.2 Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	52
4.2.1 Kecamatan Denpasar Timur.....	52
4.2.2 Kecamatan Denpasar Selatan.....	54
4.3 Penyajian Data.....	55
4.3.1 Kategorisasi Data Informan di Puskesmas I Denpasar Timur.....	55
4.3.2 Kategorisasi Data Informan di Puskesmas I Denpasar Selatan.....	57
4.3.3 Kategorisasi Data Perspektif Ahli.....	58
4.3.4 Analisis Temuan Penelitian.....	60
4.3.5 Dialog Antar Kategori.....	92
4.4 Pembahasan.....	101
4.4.1 Peran Puskesmas dalam Mengomunikasikan Risiko Terjangkit Demam Berdarah <i>Dengue</i>	102
4.4.2 Kekhususan Penyampaian Isu Demam Berdarah <i>Dengue</i> melalui <i>Face to Face Communication</i>	110
4.4.3 Konstruksi Sosiokultural dan Perbedaan Persepsi mengenai Risiko Demam Berdarah <i>Dengue</i>	116
BAB V PENUTUP.....	125
5.1 Simpulan.....	126
5.2 Limitasi Penelitian.....	126
5.3 Rekomendasi.....	127
5.4 Penyusunan Proposisi.....	128
DAFTAR PUSTAKA.....	129
LAMPIRAN.....	135

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Kerangka Pemikiran.....	38
Gambar 4. 1 PHBS Promosi Kesehatan.....	74
Gambar 4. 2 Stiker Inovasi Puskesmas I Dentim.....	75
Gambar 4. 3 Stiker Inovasi Puskesmas I Densel.....	76



DAFTAR TABEL

Tabel 4. 1 <i>Breakdown</i> Informan Penelitian	50
Tabel 4. 2 Kategorisasi Data Puskesmas I Denpasar Timur	56
Tabel 4. 3 Kategorisasi Data Informan Puskesmas I Denpasar Selatan.....	57
Tabel 4. 4 Kategorisasi Data Informan Akademisi	59
Tabel 4. 5 Perbandingan Strategi Petugas Jumanik dan Promosi Kesehatan	68
Tabel 4. 6 Dialog Antar Kategori I	93
Tabel 4. 7 Dialog Antar Kategori II.....	97
Tabel 4. 8 Dialog Antar Kategori III.....	99

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan menjadi salah satu fokus utama dalam pembangunan berkelanjutan di dunia. Melalui *Sustainable Development Goals* (SDGs), upaya mencapai kesehatan dilakukan melalui poin ketiga yakni *good health and well-being*. Poin tersebut menunjukkan upaya menghentikan permasalahan kesehatan seperti AIDS, tuberkulosis, malaria dan penyakit yang dapat dikomunikasikan (United Nations Development Programme, 2018). Organisasi internasional seperti *World Health Organization* (WHO) juga menunjukkan upaya meningkatkan kesiapan dan menangani krisis kesehatan yang dialami negara-negara anggota. Misalnya dalam mengembangkan program kesiapan dan respon terkait kesehatan (World Health Organization, 2018).

Salah satu cara untuk mencapai kondisi hidup sehat adalah memahami berbagai risiko kesehatan yang dialami oleh masyarakat. Hal ini disampaikan oleh Littlejohn dan Foss (2009, h. 464) sebagai upaya untuk memberikan pemahaman tentang risiko dan membuat pencegahan yang relevan. Berdasarkan data yang dipublikasikan oleh WHO, pola risiko yang dialami oleh berbagai negara dapat berbeda-beda tergantung pada kondisi ekonomi dan demografinya (*World Health Organization*, 2009, h. 9). Selanjutnya di tahun 2017, WHO menyebutkan bahwa beberapa tantangan kesehatan yang masih dialami dunia mencakup permasalahan kematian ibu dan anak, permasalahan tentang nutrisi, dan upaya melawan

penyakit yang dapat dikomunikasikan seperti tuberkulosis, malaria, dan penyakit tropis yang terabaikan (World Health Organization, 2017, h. 29).

Informasi yang disampaikan oleh WHO (2017) menunjukkan bahwa penyakit tropis merupakan salah satu masalah yang dihadapi di dunia. Mitra dan Mawson (2017) menjelaskan bahwa penyakit tropis merupakan golongan penyakit yang diakibatkan oleh virus, bakteri, parasit, atau jamur sehingga mengakibatkan infeksi. Penyakit tersebut menjadi risiko bagi negara-negara berkembang yang memiliki iklim tropis atau sub-tropis (Mitra & Mawson, 2017). Pada kenyataannya, penyakit tropis seringkali diabaikan sehingga disebut juga sebagai *neglected tropical diseases* (NTDs), seperti rabies dan demam berdarah *dengue* (Mitra & Mawson, 2017).

Di Indonesia, kondisi penyakit tropis terlihat dari tingginya angka penderita demam berdarah *dengue*. Menurut data yang dihimpun oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2017), di tahun 2016 Provinsi Bali mengalami kasus demam berdarah *dengue* yang cukup tinggi yakni sebesar 20.329 kasus. Laporan tersebut juga menunjukkan bahwa tingkat insiden (*incident rate*) per 100.000 penduduk untuk kasus demam berdarah *dengue* di Provinsi Bali adalah yang paling tinggi sebesar 484,02 (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017). Hal ini menunjukkan bahwa penyakit demam berdarah *dengue* menjadi fenomena risiko penyakit tropis yang relevan untuk ditangani pemerintah Provinsi Bali.

Kota Denpasar sebagai ibukota Provinsi Bali turut mengalami risiko terjangkit demam berdarah *dengue*. Bahkan, permasalahan tersebut berpotensi menimbulkan keresahan masyarakat Kota Denpasar seperti yang disampaikan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kota Denpasar, Ni Luh Putu Sri Armini dalam Bali Express *JawaPos.com* (Suyatra, 2017). Di tahun 2017, terdapat 910 kasus demam berdarah *dengue* di Denpasar. Jumlah kasus demam berdarah *dengue* di Kota Denpasar tahun 2017 menunjukkan adanya penurunan dibandingkan tahun 2016 (Suyatra, 2017). Penurunan jumlah kasus tersebut membuat Kota Denpasar berada di peringkat ketujuh di antara sembilan kabupaten/kota yang ada di Provinsi Bali terkait dengan kasus demam berdarah (Armini dalam Putera, 2017a). Meskipun demikian, sebagai ibukota Provinsi Bali, kasus demam berdarah *dengue* masih tergolong tinggi, terlebih lagi status penyakit tersebut yang masih dinyatakan endemis di seluruh desa di Denpasar (Putera, 2017b).

Berdasarkan profil kesehatan Puskesmas I Denpasar Timur (2016), kasus demam berdarah terjadi akibat kurangnya kesadaran masyarakat di wilayah kerja puskesmas tentang pentingnya hidup bersih. Bali Express *JawaPos.com* menunjukkan bahwa di tahun 2017, Denpasar Timur menjadi lokasi *incidence rate* paling tinggi (104.01 per 100.000 penduduk) dan yang paling rendah adalah Denpasar Selatan (97.38 per 100.000 penduduk) (Suyatra, 2017). Berdasarkan observasi awal yang peneliti lakukan, wilayah kerja Puskesmas I Denpasar Timur dan Puskesmas I Denpasar Selatan merupakan kawasan sekolah, pasar dan pemukiman penduduk.

Program yang dilaksanakan oleh pemerintah sejak tahun 1992 untuk mengurangi risiko terjangkit demam berdarah *dengue* adalah Program Pemberantasan Demam Berdarah *Dengue* (P2DBD). P2DBD meliputi upaya *fogging*, penyuluhan kesehatan bubuk abate (larvasida), pemberantasan sarang nyamuk (PSN), dan pemantauan jentik berkala (PJB) (Sari, 2013). PSN menjadi salah satu strategi pemerintah untuk mengantisipasi kasus demam berdarah *dengue* dengan sosialisasi 3M Plus yang meliputi: menguras, menutup, dan mendaur ulang barang bekas. Selain itu, 3M Plus juga meliputi penaburan larvasida, penggunaan obat anti nyamuk, penggunaan kelambu saat tidur, memelihara ikan pemangsa jentik, memelihara tanaman pengusir nyamuk, mengatur pencahayaan rumah, dan menghindari kebiasaan menggantung pakaian (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016). Selain program tersebut, pada tahun 2016 terdapat program inovasi di Kota Denpasar yaitu Gema Petik (Gerakan Mandiri Pemantau Jentik) yang menunjuk satu orang dari masing-masing rumah untuk menjadi pemantau jentik mandiri (Dinas Kesehatan Pemerintah Kota Denpasar, 2017). Program yang telah disebutkan sebelumnya menunjukkan fenomena komunikasi kesehatan yang dilakukan oleh organisasi kesehatan.

Di dalam konteks komunikasi kesehatan, risiko ditangani tidak hanya melalui komunikasi interpersonal antara dokter-pasien tetapi juga melalui organisasi kesehatan. Organisasi kesehatan berperan sebagai penyusun dan pelaksana kebijakan. Seperti yang diungkapkan oleh Infanti, Sixsmith, Barry, Núñez-Córdoba, Oroviogicoechea-Ortega, dan Guillén-Grima (2013),

komunikasi risiko mendapat tempat yang penting di dalam proses manajemen risiko untuk mengurangi angka kematian dan morbiditas. Faktor-faktor risiko dalam kesehatan selanjutnya dapat digunakan untuk menentukan langkah yang tepat dalam peningkatan kondisi kesehatan global (*World Health Organization*, 2009, h. 9). Di Indonesia, organisasi pemerintah yang menangani kesehatan adalah Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Dalam melaksanakan tugasnya, Kementerian Kesehatan memiliki sejumlah Dinas Kesehatan yang terdapat di seluruh kabupaten/kota dan provinsi di Indonesia. Dinas Kesehatan bertanggung jawab atas proses evaluasi dan manajemen program kesehatan. Sedangkan, di dalam pelaksanaan teknis program kesehatan seperti promosi kesehatan dilakukan oleh UPT Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas).

Penanganan risiko kesehatan di masyarakat menjadi hal yang tidak mudah untuk dilakukan oleh organisasi kesehatan. Permasalahan yang kerap ditemui oleh organisasi kesehatan adalah kualitas pelayanan kesehatan dan pelaksanaan promosi kesehatan di lapangan yang belum maksimal. Hal ini ditunjukkan oleh penelitian Hadi, Rusminingsih dan Marwati (2015) yang melihat peran Juru Pemantau Jentik (Jumantik) dalam menurunkan *incidence rate* demam berdarah *dengue* di Kota Denpasar. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa terdapat hubungan positif antara angka bebas jentik dengan *incidence rate* demam berdarah *dengue*. Namun, penelitian tersebut juga mengungkapkan masih terdapat Jumantik yang belum melakukan kunjungan sesuai target (Hadi, Rusminingsih & Marwati, 2015). Selain itu, penelitian evaluasi pelaksanaan P2DBD di Puskesmas Tamalanrea Makassar menunjukkan hasil yang belum maksimal (Sari, 2013).

Di sisi lain, partisipasi publik seperti Jumantik dan PSN merupakan salah satu bentuk strategi komunikasi risiko kesehatan. Partisipasi individu di dalam kelompok disebut dapat mempengaruhi persepsi komunitas yang lebih besar (Scherer & Juanillo Jr., 2003, h. 224). Pendapat itu juga berarti bahwa keterlibatan publik dalam proses diskusi menghadapi risiko menjadi inti dari komunikasi risiko (Thomas, 2007; Covello & Sandman dalam Infanti, Sixsmith, Barry, Núñez-Córdoba, Oroviogicoechea-Ortega, & Guillén-Grima, 2013). Fenomena tersebut juga menunjukkan adanya perbedaan persepsi tentang risiko antara para ahli yang dipengaruhi oleh tingkat bahaya sebuah isu dan *outrage* yang dialami masyarakat (Gamhewage, 2014).

Komunikasi risiko (*health and risk communication*) merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari komunikasi kesehatan. Komunikasi kesehatan didefinisikan sebagai segala bentuk komunikasi manusia yang melibatkan pesan kesehatan seperti pelaksanaan perawatan kesehatan, hingga promosi kesehatan individu atau publik (Rogers dalam Berry, 2007; Littlejohn & Foss, 2009). Sebagai bagian dari komunikasi kesehatan, komunikasi risiko merupakan pertukaran pesan antar individu, kelompok maupun institusi tentang risiko kesehatan yang diakibatkan faktor lingkungan, agrikultur dan industri, serta proses dan kebijakannya (Glik dalam Infanti, Sixsmith, Barry, Núñez-Córdoba, Oroviogicoechea-Ortega, & Guillén-Grima, 2013).

Littlejohn & Foss (2009) menyebutkan bahwa komunikasi risiko bertujuan untuk mengidentifikasi potensi epidemi dan mempersiapkan publik yang beresiko untuk menghadapinya. Tujuan komunikasi risiko diperjelas oleh Gamhewage

(2014) diantaranya adalah untuk meningkatkan kesadaran, mempromosikan perilaku yang protektif, meningkatkan pengetahuan tentang bahaya dan risiko serta menginformasikan cara untuk berperilaku pada saat terdapat risiko. Komunikasi risiko juga bergantung kepada *perceived risk* yang dialami publik serta *trustworthiness* dari informasi yang disampaikan (Gamhewage, 2014).

Risiko dapat berasal dari sumber yang beragam, namun didefinisikan sebagai sebuah kemungkinan terjadinya hal yang tidak diinginkan atau berkonsekuensi negatif (Berry, 2007, h. 67). Risiko akan menimbulkan perilaku melindungi diri sendiri karena terbentuknya *perceived risk* (Rimal & Adkins, 2003, h. 503). Sulitnya melakukan komunikasi risiko kepada publik diakibatkan oleh sifat pesan kesehatan yang kompleks, dinamis, dan tidak tentu (Berry, 2007; Infanti, Sixsmith, Barry, Núñez-Córdoba, Oroviogicoechea-Ortega, & Guillén-Grima, 2013). Beberapa cara untuk menyampaikan risiko dapat dilakukan dengan penggunaan *framing*, penggunaan deskriptor verbal atau numerik, pemberian alternatif pilihan, dan penyampaian risiko absolut atau risiko relatif (Berry, 2007; Naik, Ahmed & Edwards, 2012).

Perbedaan *perceived risk* terlihat dari perbedaan pandangan para ahli dan masyarakat terhadap risiko. Bagi para ahli, risiko yang besar terlihat dari angka mortalitas dan morbiditas. Sedangkan tingkat *perceived risk* yang dimiliki publik dipengaruhi oleh rasa takut, rasa kaget dan rasa marah (*outrage*), otoritas, serta faktor sosiokultural (Gamhewage, 2014). Faktor sosiokultural juga disebutkan oleh Wright, Sparks dan O'Hair (2013) sebagai sebuah konstruksi kultural masyarakat tentang penyakit. Komunikasi kesehatan memperhatikan faktor

sosiokultural karena dianggap dapat mempengaruhi efektivitas komunikasi (Wright, Sparks & O'Hair, 2013). Beberapa permasalahan lain terkait konstruk sosiokultural ini adalah kemampuan berbahasa, status ekonomi, akses kesehatan dan tingkat melek huruf (literasi), serta perbedaan pandangan tentang apa yang disebut sakit dan sehat (Wright, Sparks & O'Hair, 2013).

Berdasarkan penjelasan yang disampaikan Gamhewage (2014), risiko yang dipahami oleh publik dapat berbeda dengan apa yang dikhawatirkan oleh para ahli. Terdapat empat strategi komunikasi risiko yang dapat disesuaikan dengan tingkat bahaya risiko dan tingkat *outrage* publik seperti: edukasi kesehatan dan *stakeholder relations* (bahaya rendah-*outrage* rendah), *precautionary advocacy* (bahaya tinggi-*outrage* rendah), komunikasi krisis (bahaya tinggi-*outrage* tinggi), dan pengelolaan *outrage* (bahaya rendah-*outrage* tinggi) (Sandman, 2014). Sehingga, penyedia layanan kesehatan perlu menentukan jenis pesan dan cara yang paling tepat untuk menyampaikan risiko (Berry, 2007; Gamhewage, 2014).

Selama ini, diskusi mengenai komunikasi risiko (*health and risk communication*) lebih banyak dilakukan pada level interpersonal dan level *societal*/massa. Komunikasi risiko pada level *societal*/massa seringkali dikaitkan dengan promosi kesehatan melalui media (*promotion of health*). Littlejohn & Foss (2009) menyebutkan bahwa kedua bidang ini merupakan bagian dari komunikasi kesehatan yang saling berkaitan. Hal tersebut terlihat pada pendapat Sandman (2014) yang melihat bahwa strategi *precautionary advocacy* dalam komunikasi risiko bertujuan untuk menstimulasi *outrage* yang sehat sehingga

masyarakat mengikuti tindakan pencegahan. Sedangkan promosi kesehatan membahas bagaimana komunikasi dapat digunakan untuk mengubah perilaku kesehatan menggunakan strategi persuasif (Littlejohn & Foss, 2009, h. 466).

Beberapa penelitian tentang promosi kesehatan melihat narasi atau cerita yang dibentuk oleh komunikator dalam menyampaikan risiko kepada publik. Bentuk pesan menjadi fokus penelitian pada konteks yang berbeda. Penelitian yang dilakukan oleh Boeijinga, Hoekens dan Sanders (2017) menunjukkan bahwa konten pesan perlu diperhatikan dalam menyusun promosi kesehatan. Penelitian tersebut dilakukan secara eksperimental pada 120 pengemudi truk di Belanda yang rentan mengalami permasalahan kesehatan seperti obesitas. Penelitian tersebut melihat bagaimana dampak narasi tentang risiko kesehatan dibandingkan dengan narasi tentang perencanaan kesehatan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa narasi yang efektif dapat disesuaikan dengan tahap perubahan perilaku target khalayak (Boeijinga, Hoekens & Sanders, 2017).

Pembahasan tentang pesan naratif juga ditunjukkan oleh penelitian Gebbers, De Wit, dan Appel (2017). Penelitian tersebut menunjukkan bahwa narasi dapat membentuk efek persuasif yang membawa khalayak ke dalam cerita yang ditampilkan sebagai pesan. Namun temuan yang berbeda terlihat pada penelitian yang dilakukan oleh Mulianazar tahun 2017. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa pesan-pesan persuasif yang digunakan Dinas Kesehatan Kota Pekanbaru belum berhasil mempersuasi masyarakat untuk mencegah demam berdarah dengue (Mulianazar, 2017). Kendati demikian, pesan-pesan tersebut dikemas secara ringan dan lugas dengan penyampaian secara verbal maupun non-

verbal di berbagai media massa (Mulianazar, 2017). Berdasarkan penelitian yang telah disebutkan, terlihat bahwa pesan-pesan yang bersifat persuasif-edukasi belum tentu cukup untuk membentuk kesadaran hidup sehat.

Penelitian Gebbers, De Wit dan Appel (2017) juga melihat bahwa *perceived risk* adalah komponen dasar dalam perubahan perilaku kesehatan. *Perceived risk* didefinisikan sebagai risiko yang disadari dan memicu perubahan perilaku pada seseorang (Gebbers, De Wit & Appel, 2017). Di dalam penelitian tersebut, pesan-pesan kesehatan yang berbentuk narasi meningkatkan persepsi terhadap risiko (Gebbers, De Wit, dan Appel, 2017). Hal ini sesuai dengan penelitian Dillard, Fagerlin, Dal Cin, Zikmund-Fisher dan Uber yang menunjukkan bahwa pesan dalam bentuk narasi akan menimbulkan *perceived risk* yang lebih besar dibandingkan dengan pesan yang sifatnya mendidik (dalam Boeijinga, Hoekens & Sanders, 2017).

Diskusi lain mengenai *health and risk communication* terlihat pada penelitian dengan konteks interpersonal. Davis dkk. (2003) melakukan penelitian pada persepsi dokter-pasien tentang komunikasi risiko dan pengambilan keputusan bersama (*shared decision making*) pada saat konsultasi. Terdapat lima tema yang dianggap paling penting di dalam penelitian tersebut yakni: *decision-making*, *discussion of risk*, *patient involvement*, *patient satisfaction*, dan *treatment priorities*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelatihan komunikasi risiko dan pembentukan keputusan bersama memberikan efek tertentu seperti penggunaan grafik atau angka pada saat konsultasi (Davis dkk., 2003). Penggunaan grafik dan angka tersebut memperjelas tujuan konsultasi dan keputusan yang dibuat antara

pasien dan tenaga kesehatan. Davis dkk. (2003) melihat pula bahwa sebagian besar pasien merasa senang dan terlibat di dalam pengambilan keputusan.

Terdapat perbedaan tujuan komunikasi kesehatan yang dilakukan antara dokter dan pasien dengan organisasi kesehatan masyarakat. Berry (2007) berargumen bahwa bentuk komunikasi dokter-pasien adalah interaksi yang kompleks karena melibatkan posisi yang tidak setara pada komunikasi. Komunikasi dokter-pasien memiliki tujuan komunikatif seperti membangun hubungan interpersonal, mempertukarkan informasi, dan membuat keputusan medis (Ong dkk. dalam Berry, 2007). Di sisi lain, risiko kesehatan juga berlangsung pada konteks organisasional dan masyarakat luas. Kreps (2015) menjelaskan bahwa tujuan komunikasi dalam konteks organisasional adalah koordinasi kelompok kesehatan, menggerakkan tenaga spesialis kesehatan dan membagikan informasi untuk mencegah risiko kesehatan. Komunikasi antara organisasi kesehatan dan masyarakat di wilayah kerja menjadi bentuk *health provider-consumer communication* yang dapat diteliti (Kreps, 2015).

Penelusuran peneliti pada penelitian komunikasi risiko konteks organisasional terlihat pada penelitian Gesser-Edelsburg, Mordini, James, Greco dan Green (2014) yang mencari tahu bagaimana panduan komunikasi risiko tentang H1N1 yang dikeluarkan oleh WHO dan CDC diimplementasikan oleh negara anggota (*member state*). Penelitian tersebut menggunakan metode analisis isi dokumen dan studi kasus pada *stakeholder* pemerintah di Israel seperti jurnalis, pembuat kebijakan, tenaga kesehatan dan *bloggers*. Hasil penelitian menunjukkan adanya kesenjangan antara panduan internasional dengan penerapannya di tingkat

nasional. Seperti masih dominannya komunikasi satu arah, masih adanya *top-down communication*, sedikit pertimbangan pada kampanye *bottom-up*, serta kepercayaan yang tinggi pada organisasi WHO dan CDC dibandingkan pemerintah nasional (Gesser-Edelsburg, Mordini, James, Greco & Green, 2014).

Beberapa hasil penelitian sebelumnya menunjukkan adanya kecenderungan penelitian *health and risk communication* yang berfokus pada bentuk pesan kesehatan yang efektif (Gebbers, De Wit, & Appel, 2017; Boeijinga, Hoekens & Sanders, 2017; Mulianazar, 2017). Penelitian lainnya juga berfokus pada pentingnya komunikasi risiko dalam konteks interpersonal dengan model dokter-pasien (Davis dkk., 2003). Dilihat dari level analisisnya, *health and risk communication* lebih banyak dilakukan pada level interpersonal dan *societal*/massa. Walaupun demikian, belum terdapat pembahasan lebih lanjut mengenai bagaimana informasi kesehatan, risiko, dan penerapan promosi kesehatan yang dilakukan oleh organisasi kesehatan, khususnya dalam konteks bahaya tinggi dan *outrage* rendah.

Berdasarkan paparan di bagian sebelumnya, bentuk pesan menjadi bagian dari komunikasi risiko yang banyak diteliti. Pesan tentang risiko kesehatan dapat dirancang menggunakan angka dan *framing* yang berbeda (Berry, 2007). Untuk menambah keterbaruan, maka penelitian ini berfokus pada bagaimana pesan tentang risiko disampaikan oleh komunikator kesehatan seperti Puskesmas. Penelitian ini melihat bagaimana organisasi kesehatan melibatkan masyarakat di wilayah kerjanya. Penelitian ini juga memberikan perspektif organisasi pada komunikasi risiko dengan memperhatikan konteks bahaya demam berdarah

dengue, *perceived risk*, dan konstruk sosiokultural masyarakat yang belum banyak dibahas pada penelitian komunikasi risiko sebelumnya.

Ulasan mengenai beberapa penelitian tersebut juga membuat peneliti menjadikan organisasi kesehatan seperti Puskesmas Wilayah I Denpasar Timur dan Puskesmas Wilayah I Denpasar Selatan sebagai lokasi penelitian karena Puskesmas merupakan organisasi yang berinteraksi langsung dengan masyarakat di wilayah kerjanya melalui promosi kesehatan. Peneliti tertarik untuk mengetahui dan menjelaskan bagaimana Puskesmas melakukan penyampaian informasi tentang risiko dan bagaimana mereka melibatkan masyarakat di wilayah kerjanya sebagai komponen dari komunikasi risiko. Studi kasus digunakan dalam penelitian ini karena di Provinsi Bali, kasus demam berdarah *dengue* merupakan risiko bagi kesehatan yang relevan untuk dikomunikasikan. Studi kasus merupakan metode penelitian yang melihat secara detail satu atau beberapa kasus di dalam konteks tertentu (Neuman, 2014; Yin, 2015). Maka dari itu, penelitian ini menggunakan jenis studi kasus yang bertujuan untuk melihat pola dari kasus yang diteliti (Stake dalam Grandy, 2010).

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah: Bagaimana proses komunikasi yang dilakukan oleh Puskesmas Wilayah I Denpasar Timur dan Puskesmas Wilayah I Denpasar Selatan dalam menyampaikan informasi risiko terjangkit demam berdarah *dengue* serta melibatkan penduduk di wilayah kerjanya?

1.3 Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah yang telah ditetapkan, tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis kasus dan menjelaskan bagaimana proses komunikasi yang dilakukan puskesmas tentang risiko terjangkit demam berdarah *dengue* serta keterlibatan penduduk di wilayah kerja dalam risiko tersebut.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Akademik

Secara akademik, penelitian ini dapat memperkaya kajian tentang komunikasi kesehatan khususnya pada *health and risk communication* yang dilakukan oleh organisasi kesehatan. Secara spesifik, penelitian ini dapat memberikan penjelasan tentang komunikasi risiko tentang penyakit tropis seperti demam berdarah *dengue* kepada masyarakat.

1.4.2 Manfaat Praksis

Penelitian ini juga dapat digunakan sebagai rujukan oleh:

1. Puskesmas Wilayah I Denpasar Timur, Puskesmas Wilayah I Denpasar Selatan, dan Dinas Kesehatan Kota Denpasar diharapkan dapat menggunakan hasil penelitian untuk penyesuaian penerapan strategi komunikasi kesehatan tentang risiko demam berdarah *dengue* kepada masyarakat di wilayah kerja.
2. Bagi lembaga swadaya masyarakat (*non-governmental organization*) khususnya pemerhati isu kesehatan dapat menjadikan hasil penelitian ini sebagai referensi dalam penyusunan strategi komunikasi kesehatan seperti promosi kesehatan kepada masyarakat.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Komunikasi Kesehatan sebagai Bidang Kajian Ilmu Komunikasi

Ilmu komunikasi merupakan kajian yang interdisipliner (Littlejohn & Foss, 2009; *National Communication Association* dalam Donsbach, 2010). Sejarah perkembangan ilmu komunikasi diawali oleh kajian yang dilakukan peneliti dari berbagai disiplin ilmu seperti sosiologi, psikologi dan politik (Schramm dalam Berger, Roloff, Roskos-Ewoldsen, 2014). Sehingga, ciri interdisipliner dari kajian ilmu komunikasi juga tercermin di dalam teori yang digunakan untuk meneliti fenomena komunikasi. Ciri tersebut ditunjukkan oleh Littlejohn & Foss (2009) yang menghimpun teori-teori yang digunakan di dalam penelitian ilmu komunikasi.

Salah satu bidang kajian komunikasi yang dapat menggunakan teori-teori interdisipliner adalah komunikasi kesehatan. Littlejohn & Foss (2009) melihat bahwa komunikasi kesehatan merupakan bidang kajian yang luas karena dapat mengambil teori dari berbagai konteks komunikasi seperti komunikasi intrapersonal, komunikasi interpersonal, komunikasi kelompok, komunikasi organisasi, komunikasi antarbudaya, *public relations*, dan retorika. Begitu pula dengan apa yang disampaikan Renata Schiavo bahwa komunikasi kesehatan berasal dari komunikasi massa, pemasaran, pemasaran sosial, psikologi, antropologi dan sosiologi (Schiavo, 2007, h. 6). Sifat tersebut membuat komunikasi kesehatan dapat menyumbang pengetahuan kepada bidang lainnya seperti komunikasi massa, jurnalisme, kesehatan masyarakat, epidemiologi, dan

ilmu-ilmu medis lainnya (Viswanath dalam Donsbach, 2010). Oleh karena itu, teori-teori yang digunakan di dalam kajian komunikasi kesehatan sangat beragam seperti *Expectancy Violations Theory*, *Agenda Setting Theory*, hingga *Diffusion Innovation Theory* (Littlejohn & Foss, 2009).

Schiavo (2007) memetakan teori komunikasi kesehatan menjadi empat bagian yakni: teori ilmu sosial dan *behavioral*, teori komunikasi massa, pemasaran dan pemasaran sosial, dan teori lain yang mempengaruhi komunikasi kesehatan. Teori di dalam ilmu sosial dan *behavioral* menjelaskan bagaimana perubahan sosial dan perilaku terjadi pada individu, kelompok dan komunitas. Teori komunikasi massa menjelaskan dampak media massa terhadap khalayak yang dapat diaplikasikan ke dalam konteks kesehatan. Teori pemasaran dan pemasaran sosial berfokus pada penggunaan prinsip pemasaran (*price, product, promotion, place*) ke dalam intervensi kesehatan. Sedangkan teori lain yang berpengaruh memiliki irisan dari ketiga kategori sebelumnya (Schiavo, 2007).

Komunikasi kesehatan merupakan cabang dari ilmu komunikasi yang masih berkembang (Schiavo, 2007; Littlejohn & Foss, 2009; Viswanath dalam Donsbach, 2010). Komunikasi kesehatan merupakan segala bentuk komunikasi yang membahas tentang informasi kesehatan dan dilakukan oleh individu maupun aktor sosial lainnya seperti institusi kesehatan (Berry, 2007; Littlejohn & Foss, 2009; Viswanath dalam Donsbach, 2010). Berry (2007) menitikberatkan bahwa informasi merupakan bagian penting di dalam keputusan kesehatan seseorang. Hal ini disebabkan oleh sifat informasi kesehatan yang dapat berguna untuk memberikan peringatan tentang risiko dan mengkoordinasikan upaya

pencegahannya (Littlejohn & Foss 2009, h. 464). Berdasarkan pendapat tersebut, komunikasi efektif berada di posisi sentral dalam membentuk kehidupan yang sehat (Berry, 2007, h. 3).

Salah satu contoh teori yang digunakan dalam komunikasi kesehatan adalah *Convergence Theory* yang berfokus pada penciptaan kesepahaman, kesepakatan bersama dan pembagian informasi di dalam kegiatan kelompok maupun kolektif yang dapat membuat perubahan sosial (Schiavo, 2007, h. 41). Teori ini memiliki tiga karakteristik utama yakni (Schiavo, 2007):

1. Informasi dibagikan secara partisipatoris dimana tidak ada pengirim dan penerima yang jelas. Partisipan komunikasi dapat berupa individu, kelompok, maupun institusi atau organisasi.
2. Komunikasi berfokus pada persepsi dan interpretasi terhadap informasi yang dibagikan sehingga memunculkan komunikasi yang dialogis. Komunikasi memunculkan dan memperkuat kesepahaman bersama/makna umum.
3. Komunikasi berada pada posisi yang horizontal dimana setiap orang dianggap sama sehingga memunculkan kesepakatan bersama.

Viswanath dalam Donsbach (2010) menyebutkan bahwa komunikasi kesehatan dapat dilihat dari level analisis yang saling berhubungan. Level analisis tersebut meliputi: level individu, interpersonal, jaringan, organisasi dan massa/*societal* (Viswanath dalam Donsbach, 2010, h. 2075). Selanjutnya, dijelaskan bahwa pada level individu, komunikasi kesehatan membahas

bagaimana pesan kesehatan mempengaruhi sisi psikologis manusia. Pada level interpersonal dan jaringan, dibahas bagaimana komunikasi kesehatan antara dokter-pasien, keluarga dan jaringan sosialnya membangun keputusan kesehatan (Viswanath dalam Donsbach, 2010). Hal ini juga dibahas dalam Berry (2007) sebagai bentuk komunikasi antara dokter dan pasien. Hubungan interpersonal yang baik akan membuat komunikasi kesehatan antara dokter dan pasien menjadi efektif (Berry, 2007, h. 40). Konteks interpersonal dalam kajian komunikasi kesehatan merupakan konteks yang paling banyak diteliti (Cegala & Street, Jr., 2014). Walaupun demikian, Viswanath (dalam Donsbach, 2010) menyebutkan adanya komunikasi kesehatan di dalam konteks organisasi seperti institusi media massa dan sistem pelayanan kesehatan. Pendapat tersebut menjadi indikator adanya potensi penelitian komunikasi kesehatan dalam konteks organisasi.

Selain keterkaitan antar komponen, komunikasi kesehatan terdiri atas empat bidang yang saling berkaitan yakni *delivery of healthcare*, *promotion of health*, *health and risk communication*, dan *e-health* (Littlejohn & Foss, 2009, h. 465). Sebelum membahas lebih lanjut mengenai komunikasi risiko, maka akan dijelaskan terlebih dahulu bidang-bidang di dalam komunikasi kesehatan menurut Littlejohn & Foss (2009):

1. *Delivery of Healthcare*

Pembahasan mengenai *delivery of healthcare* berfokus pada bagaimana pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh komunikasi yang dilakukan (Littlejohn & Foss, 2009, h. 465). Kajian mengenai bidang ini berkaitan dengan komunikasi interpersonal (Berry, 2007; Littlejohn

& Foss, 2009). Pada kajian *delivery of healthcare*, penelitian dapat melihat bagaimana hubungan dibangun atas pertukaran pesan kesehatan. Selain itu, *delivery of healthcare* juga melihat bagaimana pesan kesehatan digunakan untuk menciptakan pemahaman antar individu yang berkomunikasi. Teori-teori yang digunakan juga berkaitan dengan komunikasi interpersonal seperti *Social Penetration Theory*, *Social Exchange Theory* atau *Uncertainty Reduction Theory* (Littlejohn & Foss, 2009).

Viswanath (dalam Donsbach, 2010) menjelaskan bahwa bentuk komunikasi ini dapat diperluas sebagai *consumer-provider communication* yang berfokus tidak hanya pada dokter-pasien tetapi juga pada aktor lain yang menjadi penyedia informasi. Di dalam interaksi tersebut terjadi perbedaan kekuasaan yang menghasilkan kontrol pada hubungan (Littlejohn & Foss, 2009; Viswanath dalam Donsbach, 2010). Berry (2007) juga menjelaskan bahwa komunikasi antara dokter-pasien menjadi rumit karena berada di dalam kondisi yang tidak setara.

Penelitian yang berfokus pada *delivery of health care* terlihat pada karya Alfitri (2006) yang berupaya menjelaskan bagaimana komunikasi yang dilakukan oleh dokter-pasien dalam proses diagnosis di Poliklinik Penyakit Dalam RS Mohammad Hoesin. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa diagnosis dipengaruhi oleh kesamaan makna antara dokter-pasien; jarak kekuasaan antara dokter-pasien

menimbulkan keterbatasan informasi kesehatan yang diterima pasien; dan jarangya pengungkapan rekam jejak penyakit pada keluarga atau pasien bertujuan untuk menghindari reaksi emosional (Alfitri, 2006). Selanjutnya adalah penelitian Prasanti (2017) yang menjelaskan tentang upaya komunikasi terapeutik tenaga medis untuk menyampaikan informasi tentang obat tradisional. Studi kasus tersebut menunjukkan bahwa komunikasi terapeutik terjadi dalam empat tahap dan dilakukan dengan mendengar, mengulang serta memberi saran kepada masyarakat (Prasanti, 2017).

2. *Promotion of Health*

Promotion of health atau promosi kesehatan berfokus pada bagaimana informasi kesehatan digunakan agar orang lain mengadopsi perilaku kesehatan seperti pencegahan, deteksi dini, atau pengobatan penyakit. Promosi kesehatan dilakukan dengan dengan cara kampanye yakni diseminasi pesan kepada publik yang relevan (Littlejohn & Foss, 2009, h. 466). Untuk berkomunikasi dengan publik yang lebih luas, Marks dkk. (dalam Berry, 2007) menjelaskan bahwa terdapat tiga strategi yang digunakan dalam promosi kesehatan seperti: *behavior change approach*, *self-empowerment approach*, dan *collective activity approach*. Littlejohn & Foss (2009) selanjutnya menjelaskan bahwa promosi kesehatan juga menggunakan pesan-pesan persuasif di dalam pelaksanaannya. Promosi kesehatan yang dilakukan dalam bentuk kampanye kesehatan merupakan bentuk komunikasi strategis yang

paling terlihat dan populer untuk dilakukan (Viswanath dalam Donsbach, 2010, h. 2082).

Promosi kesehatan merupakan kegiatan yang melibatkan banyak orang (Berry, 2007; Littlejohn & Foss, 2009). Teori-teori yang digunakan merupakan adaptasi dari teori komunikasi massa. Promosi kesehatan dapat digunakan untuk menjadi pedoman berperilaku, mencari informasi kesehatan dan menentukan prioritas kesehatan. Sehingga, teori-teori yang digunakan meliputi *cultivation theory*, *uses and gratification theory*, atau *agenda setting theory*.

Beberapa penelitian terdahulu yang membahas mengenai *promotion of health* adalah penelitian dari Mulyana (2002) tentang pengaruh tayangan media massa pada adopsi perilaku hidup sehat. Berdasarkan survei dan analisis yang dilakukan, terdapat hubungan signifikan antara sikap positif penonton dan informasi kesehatan di televisi. Selain intensitas penayangan, perilaku kesehatan diperkuat dengan kredibilitas komunikator dan isi pesan (Mulyana, 2002). Sejalan dengan temuan tersebut, penelitian Georgiadis (2013) menjelaskan analisis isi dari pesan kesehatan di dalam iklan layanan publik “*Let’s Move!*”. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kampanye ditargetkan kepada ibu dan anak, dilakukan secara konsisten, dan berhasil menciptakan *brand* yang mudah diingat untuk aktif berolahraga.

3. *Health and Risk Communication*

Health and risk communication merupakan bentuk komunikasi yang ditujukan untuk mempersiapkan kemungkinan terburuk bagi kesehatan. Selain itu, tujuan dari komunikasi risiko menurut Viswanath (dalam Donsbach, 2010) adalah untuk meningkatkan *perceived risk* untuk mengubah perilaku. Risiko yang diinformasikan dapat berupa faktor-faktor penentu risiko dan kemungkinan negatif dari risiko tersebut. Sumber risiko kesehatan dapat berasal dari perilaku manusia seperti penyakit menular atau dari alam seperti kontaminasi lingkungan dan bencana alam (Littlejohn & Foss, 2009; Viswanath dalam Donsbach, 2010). Sehingga, penyampaian informasi tentang risiko menjadi penting untuk dilakukan agar masyarakat menjadi siap dalam menghadapi potensi terburuk bagi kesehatannya (Littlejohn & Foss, 2009).

Informasi tentang risiko dapat disampaikan secara interpersonal maupun melalui media massa (Viswanath dalam Donsbach, 2010). Selain melalui komunikasi interpersonal dan komunikasi massa, organisasi kesehatan juga dapat melakukan komunikasi risiko. Seperti yang disebutkan oleh Littlejohn dan Foss (2009) bahwa di konteks Amerika Serikat, *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) menjadi organisasi yang aktif menyebarkan informasi tentang risiko. Teori dan model yang digunakan di dalam komunikasi risiko dapat berupa: *risk perception model*, *mental noise model*, *CAUSE model*,

strategic bio-defense communication model, *Weick's model of organizing*, dan *trust determination theory* (Littlejohn & Foss, 2009).

Penelitian yang membahas tentang risiko kesehatan (*health and risk communication*) adalah tulisan dari Wu dan Li (2017). Penelitian tersebut membahas tentang peran media massa dan situs jejaring sosial dalam menciptakan *perceived risk* dan perilaku pencegahan pada saat terjadinya bencana kabut di Tiongkok. Hasil penelitian menunjukkan bahwa media massa dan situs jejaring sosial memberikan pengalaman langsung tentang risiko, tetapi situs jejaring sosial memiliki tingkat prediksi yang lebih kuat dibandingkan media massa. Penelitian tersebut juga mengungkap bahwa terdapat efek yang tidak konsisten pada *perceived personal risk* (Wu & Li, 2017).

4. E-health

Kajian komunikasi kesehatan juga memperhatikan kaitannya dengan perkembangan teknologi informasi dan komunikasi. E-health merupakan salah satu tantangan di dalam komunikasi kesehatan (Schiavo, 2007, h. 61). Kajian *e-health* merupakan bagian yang berfokus pada pengaruh teknologi informasi pada penyampaian informasi kesehatan (Littlejohn & Foss, 2009). Selanjutnya Littlejohn & Foss (2009) membahas bahwa perkembangan teknologi informasi mengubah cara individu dalam mencari informasi tentang kesehatan. Selain itu, teknologi mengubah sistem pelayanan kesehatan. Salah satu

masalah di dalam *e-health* adalah kemungkinan adanya informasi kesehatan yang salah diinterpretasikan apabila hanya diakses melalui teknologi. Penelitian di dalam *e-health* dapat menyelidiki bagaimana teknologi baru diadopsi oleh masyarakat melalui *diffusion of innovations theory*. Selain itu, *e-health* juga dapat menyelidiki jaringan atau komunitas *online* dalam memberikan informasi kesehatan melalui *social network theory* (Littlejohn & Foss, 2009). Diskusi terkait *e-health* di dalam komunikasi risiko ditemukan dalam tulisan Christensen, Batterham dan O'Dea (2014). Melalui studi literatur yang dilakukan, dijelaskan bahwa intervensi melalui internet dapat mencegah keinginan untuk bunuh diri.

2.2 Perkembangan Studi *Health and Risk Communication*

Komunikasi risiko merupakan salah satu bagian dari bidang komunikasi kesehatan yang berkembang karena terdapat berbagai macam hal yang membahayakan kehidupan manusia (Littlejohn & Foss, 2009). Untuk mempersiapkan publik dari hal-hal yang tidak diinginkan, Berry (2007) menjelaskan pentingnya menyampaikan informasi risiko yang seimbang. Secara umum, komunikasi risiko merupakan pertukaran pesan tentang risiko bagi kesehatan manusia (Infanti, Sixsmith, Barry, Núñez-Córdoba, Oroviogicoechea-Ortega, & Guillén-Grima, 2013). Sedangkan di konteks organisasi, komunikasi risiko (*risk communication*) berada di pusat siklus manajemen risiko (*risk management*) yang terdiri dari: *identify hazard*, *asses risk*, *develop policy*,

implement policy, dan *evaluate policy* (Infanti, Sixsmith, Barry, Núñez-Córdoba, Oroviogicoechea-Ortega, & Guillén-Grima, 2013, h. 6).

Terdapat tiga komponen di dalam komunikasi risiko yang saling berhubungan yaitu isu, komunikator dan khalayak (Ruhrmann dalam Donsbach, 2010). Risiko sebagai isu kesehatan tidak hanya diakibatkan oleh faktor biologis, tetapi juga akibat perilaku manusia seperti keracunan makanan/minuman, terorisme, hingga bencana alam (Littlejohn & Foss, 2009; Ruhrman dalam Donsbach, 2010). Beberapa kegiatan yang dilakukan di dalam komunikasi risiko adalah: mengumpulkan, menilai dan membagikan informasi, menentukan strategi komunikasi (pesan inti), dan koordinasi dengan berbagai pihak (Dickmann, Abraham, Sarkar, Wysocki, Cecconi, Apfel dan Nurm, 2015).

Terkait dengan isu kesehatan, berbagai penelitian menunjukkan bahwa isu menimbulkan perhatian yang berbeda bagi orang-orang. Laporan yang ditulis Winnie Cheng (2016) menjelaskan tentang berbagai cara yang dilakukan pemerintah Kanada untuk menangani isu radiasi Radon. Radiasi Radon bagi beberapa kalangan di Kanada dianggap sebagai sesuatu yang berlangsung secara alamiah dan berisiko rendah, sehingga menimbulkan bias atau sikap apatis (Cheng, 2016). Laporan yang merupakan hasil studi literatur dan studi kasus tersebut menjelaskan bahwa terdapat beberapa mitos yang berkembang terkait dengan radiasi dan komunikasi tentang risiko yang dihasilkan Radon. Untuk menghasilkan komunikasi risiko yang efektif, maka kebenaran tentang mitos-mitos tersebut dapat digunakan seperti menegaskan bahwa strategi komunikasi

risiko tidak dapat dilakukan secara general ke setiap daerah di Kanada (Cheng, 2016).

Tulisan Cheng (2016) menunjukkan bahwa risiko sebuah penyakit dapat dikonstruksi secara sosiokultural. Hal ini sesuai dengan tulisan Gamhewage (2014) yang juga melihat bahwa *perceived risk* sebuah isu dapat berbeda tergantung dari sisi emosional dan faktor budaya. Konstruksi tentang kesehatan dan penyakit dipengaruhi oleh usia, gender, kondisi sosioekonomis, etnisitas, budaya dan juga agama (Schiavo, 2007, h. 75). Lebih lanjut, Schiavo (2007) menjelaskan bahwa agama dan spiritualitas dapat mempengaruhi pemahaman seseorang tentang penyebab sebuah penyakit hingga penanganannya.

Konstruk kultural sebuah isu penyakit terlihat dari penelitian yang dilakukan oleh Suarez, Gonzalez, Carrasquilla, dan Quintero (2009). Penyakit *dengue* yang selama ini disebabkan oleh kondisi ekonomi dan ketidakpedulian masyarakat dianggap terlalu menyederhanakan penyebab isu tersebut. Walaupun membahayakan, penyakit *dengue* bagi masyarakat Colombia dikonstruksikan sebagai sebuah fenomena biasa seperti penyakit flu. Hal ini menunjukkan bahwa secara sosiokultural, masyarakat Colombia membiasakan diri hidup dengan penyakit tersebut dan mempersepsikannya sebagai penyakit tidak berisiko (Suarez, Gonzalez, Carrasquilla, & Quintero, 2009).

Komponen lain di dalam komunikasi risiko adalah komunikator. Ruhrman (dalam Donsbach, 2010) menjelaskan bahwa dimensi ini berkaitan dengan bagaimana pesan dikomunikasikan. Karakteristik pesan di dalam komunikasi

risiko adalah sifatnya yang dinamis dan interaktif pada berbagai pihak yang dilibatkan (Infanti, Sixsmith, Barry, Núñez-Córdoba, Oroviogicoechea-Ortega, & Guillén-Grima, 2013). Pada awalnya, komunikasi risiko dilakukan dalam bentuk *one-way communication* antara komunikator seperti organisasi kesehatan kepada publik yang pasif (Lemal & Merrick, 2011). Selanjutnya Lemal dan Merrick (2011) menjelaskan bahwa komunikasi risiko saat ini mementingkan interaktivitas antara siapa yang mengkomunikasikan pesan, bagaimana pesan disampaikan dan bagaimana publik memproses pesan tersebut.

Komunikasi risiko juga menjadi sebuah tantangan bagi komunikator karena ketidakpastian yang ditimbulkan, serta sulitnya menentukan risiko apa yang menjadi prioritas (Berry, 2007; World Health Organization, 2013). Ruhrman (dalam Donsbach, 2010) menjelaskan bahwa komunikator tidak menyampaikan informasi tentang risiko karena ketidaktahuan, belum diketahuinya informasi tentang risiko, atau alasan tertentu seperti keamanan. Viswanath (dalam Donsbach, 2010) menjelaskan bahwa ketidakpastian tersebut berimplikasi pada bagaimana membuat publik memahami risiko yang disampaikan dalam angka-angka. Kenyataannya, persepsi publik terhadap risiko yang disampaikan dalam bentuk probabilitas dapat bervariasi (World Health Organization, 2013). Sebagian kelompok orang memiliki kemampuan kognitif yang terbatas untuk memahami dan menggunakan informasi risiko dengan efektif (Berry, 2007).

Sejumlah tulisan dan penelitian menunjukkan bahwa cara komunikator menyampaikan informasi kesehatan mempengaruhi bagaimana seseorang mempersepsikan risiko dan memperoleh pengetahuan tentang risiko. Diskusi

tersebut ditulis oleh Fagerlin, Ubel, Smith dan Zikmund-Fisher (2007). Melalui analisis dokumen yang diperoleh dari *MEDLINE dan Social Science Citation Index*, diketahui bahwa masyarakat di Amerika memiliki kemampuan membaca angka yang rendah sehingga mempengaruhi bagaimana mereka mempersepsikan risiko. Dengan demikian, strategi komunikasi risiko dapat berbeda tergantung tingkat pemahaman masyarakat terhadap angka (Fagerlin, Ubel, Smith & Zikmund-Fisher, 2007). Selanjutnya Fagerlin, Ubel, Smith dan Zikmund-Fisher (2007) merekomendasikan agar dilakukan penelitian tentang bagaimana informasi risiko ditampilkan kepada kelompok masyarakat dengan kemampuan membaca angka yang berbeda.

Penelitian tentang komunikasi risiko dilakukan oleh Umansky dan Fuhrberg (2018) yang berupaya menjelaskan tentang konflik, ketidakpercayaan dan ketidaksepahaman yang terjadi di dalam komunikasi risiko. Sebuah risiko dilihat sebagai sesuatu yang kontekstual, tidak didefinisikan oleh aktor penghasil risiko semata, dan didasari pada kesepahaman bersama. Komunikasi risiko tidak hanya menyangkut perbedaan persepsi tentang risiko, tetapi juga perbedaan persepsi dari para aktor (Umansky & Fuhrberg, 2018). Hasil penelitian studi kasus tersebut menunjukkan bahwa ketidakpercayaan dan ketidaksepahaman yang terjadi diantara aktor di dalam komunikasi risiko dapat diatasi dengan menciptakan kesepahaman bersama (Umansky & Fuhrberg, 2018). Umansky dan Fuhrberg (2018) selanjutnya menyarankan agar penelitian selanjutnya mengeksplorasi lebih lanjut tentang seberapa jauh kesepahaman dapat mengurangi ketidakpercayaan di dalam komunikasi risiko.

Pemaparan penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa khalayak/publik memegang peran penting di dalam komunikasi risiko seperti yang dijelaskan oleh Ruhrman (dalam Donsbach 2010). Persepsi terhadap risiko (*perceived risk*) merupakan faktor yang mempengaruhi efektivitas komunikasi risiko. Khalayak dapat menyeleksi, menolak atau menerima informasi tentang risiko (Ruhrman dalam Donsbach, 2010). *World Health Organization* (2013) menjelaskan bahwa persepsi terhadap risiko dapat bervariasi tergantung sistem nilai masyarakat, *gender*, dan bagaimana risiko disampaikan. Semakin tinggi *outrage* yang dirasakan, maka semakin besar *perceived risk* yang timbul (Sandman dalam *World Health Organization*, 2013). *Outrage* yang lebih besar akan diakibatkan oleh risiko yang diakibatkan secara tidak sengaja (*involuntary*), tidak tersebar secara merata (*inequitably distributed*), dan tidak terhindarkan (*inescapable*) (*World Health Organization*, 2013). Infanti, Sixsmith, Barry, Núñez-Córdoba, Oroviogicoechea-Ortega, dan Guillén-Grima (2013) juga menjelaskan komponen tersebut sebagai bagian dari *risk perception model* yang mempengaruhi bagaimana seseorang mempersepsikan risiko.

Ruhrman (dalam Donsbach, 2010) melihat bahwa rasa menerima (*acceptance*) merupakan hasil dari pemrosesan informasi tentang komunikasi risiko yang ditunjukkan dengan sikap positif terhadap sebuah pernyataan. Selain *acceptance*, kepercayaan publik (*public trust*) menjadi komponen penting di dalam komunikasi risiko (Gamhewage, 2014). Menurut Berry (2007), pesan yang dikonstruksi dengan baik tidak akan berhasil apabila masyarakat tidak memiliki rasa percaya pada komunikator. Hal ini juga ditunjukkan oleh penelitian

sebelumnya yang menemukan bahwa ketidakpercayaan menjadi sebuah permasalahan dalam mengkomunikasikan risiko (Umansky & Fuhrberg, 2018).

Terdapat tujuh komponen dari komunikasi risiko yang memerlukan penelitian lebih lanjut. Ruhrman (dalam Donsbach, 2010) menjelaskan bahwa tujuh komponen tersebut meliputi:

1. Isu

Terkait dengan isu (*issues*), penelitian diharapkan memperhatikan topik relevan, dampak serta konsekuensi yang dihasilkan.

2. Para Ahli

Penelitian tentang para ahli (*experts*) dapat dilakukan melalui observasi pada kondisi yang penuh tekanan publik, kelompok manajemen krisis, atau kantor editorial televisi.

3. Strategi

Penelitian tentang strategi sampel (*sample strategies*) dapat dilakukan dengan melakukan analisis komparatif terhadap bentuk dan konten dari strategi sampel.

4. Komunikator

Penelitian pada komunikator (*communicators*) dan sebab risiko menjadi penting karena informasi risiko cenderung dilebih-lebihkan untuk mendapatkan kesadaran publik.

5. Jurnalis

Penelitian pada jurnalis (*journalists*) dapat dilakukan pada persepsinya terhadap risiko.

6. Media Massa

Penelitian pada media (*media*) dapat dilakukan dengan analisis isi jangka panjang terhadap isu dan visual yang ditampilkan oleh media.

7. Khalayak

Penelitian pada khalayak dapat digunakan untuk melihat resepsi mereka secara kognitif dan afeksi

Di Indonesia, diskusi tentang komunikasi risiko dapat dilihat pada karya Rosa Apriliyanti (2018) yang meneliti tentang komunikasi risiko yang dilakukan petugas rumah sakit jiwa kepada keluarga pasien gangguan jiwa RSJ Radjiman Wediodiningrat, Malang. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa komunikasi risiko penting untuk dilakukan kepada keluarga sebagai kelompok pendukung (*support group*) (Apriliyanti, 2018). Risiko yang disampaikan oleh petugas rumah sakit jiwa dilakukan melalui tiga tahap yakni: fase orientasi, fase kerja, dan fase terminasi. Karena penelitian tersebut dilakukan dalam perspektif perawat, Apriliyanti (2018) menjelaskan bahwa sudut pandang keluarga pasien gangguan jiwa dapat menjadi area penelitian selanjutnya. Selanjutnya adalah penelitian yang dilakukan oleh Slamet Widiadi (2017) yang menjelaskan bagaimana upaya komunikasi risiko HIV/AIDS pada kelompok remaja *gay* di Jakarta. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa komunikasi risiko yang dilakukan *outreach worker* diprioritaskan melalui media *online* bertujuan memberikan informasi tentang penyakit menular seksual dan HIV/AIDS (Widiadi, 2017).

Melalui pemaparan penelitian sebelumnya, tergambar bahwa komunikasi risiko belum banyak diteliti di Indonesia. Penelitian komunikasi risiko kesehatan lebih banyak berfokus pada hubungan komunikator seperti dokter/perawat (Davis dkk., 2003; Apriliyanti, 2018). Belum banyak yang mengulas lebih lanjut tentang komunikasi risiko yang dilakukan *healthcare provider* seperti organisasi kesehatan kepada publik yang lebih luas. Penelitian serupa tentang *healthcare provider* berupa organisasi kesehatan belum menjelaskan bagaimana cara organisasi dalam membangun kepercayaan publik (Widiadi, 2017; Umansky & Fuhrman, 2018). Selain itu, interaksi antara dokter-pasien berada pada konteks organisasi kesehatan yang menaunginya (Wright, Sparks, & O'Hair, 2013).

Berdasarkan pemaparan tersebut, penelitian ini dilakukan untuk memperkaya kajian komunikasi risiko yang sedang berkembang, khususnya penelitian komunikasi risiko yang berfokus pada komunikator (Ruhrman dalam Donsbach, 2010). Penelitian ini memiliki fokus pada bagaimana organisasi kesehatan menyampaikan informasi tentang risiko terjangkit demam berdarah *dengue* sebagai isu kepada masyarakat. Organisasi kesehatan memiliki tanggung jawab untuk membentuk kepercayaan dan partisipasi publik. Penelitian ini memiliki implikasi teoretis untuk memperkaya area yang belum diulas lebih lanjut seperti isu kesepahaman bersama yang disampaikan oleh Umansky dan Fuhrberg (2018). Selain itu, penelitian ini memberikan perspektif organisasi kesehatan sebagai salah satu *healthcare provider* di dalam komunikasi risiko.

2.3 Peran Organisasi Kesehatan dalam Pelayanan Kesehatan

Organisasi kesehatan merupakan institusi sosial yang kompleks dan penuh nilai (Lammers, Barbour, & Duggan, 2003, h. 319). Interaksi seseorang dengan penyedia informasi kesehatan (dokter, perawat, kader kesehatan, dll.) dipengaruhi oleh karakteristik dari organisasi kesehatan dan hubungannya dengan organisasi yang lain (Wright, Sparks, & O'Hair, 2013, h. 157). Wright, Sparks dan O'Hair (2013) menjelaskan bahwa komunikasi interpersonal yang terjadi antara dokter-pasien (*provider-consumer communication*) terjadi di dalam organisasi kesehatan. Terdapat karakteristik komunikatif organisasi kesehatan, tipe organisasi kesehatan, dan pengaruh komunikasi pada organisasi kesehatan yang dapat dilihat untuk mempelajari organisasi kesehatan (Wright, Sparks, & O'Hair, h. 157).

Viswanath dalam Donsbach (2010) menjelaskan bahwa organisasi kesehatan termasuk ke dalam level analisis organisasional. Level organisasional melihat bagaimana peran komunikasi di dalam sistem pelayanan kesehatan dan pengaruh organisasi kepada kesehatan masyarakat luas (Viswanath dalam Donsbach, 2010, h. 2075). Organisasi kesehatan dapat dilihat melalui perspektif institusional yang beranggapan bahwa ketika organisasi berkembang, lingkungan simbolik eksternal menjadi faktor determinan terhadap bentuk, perilaku, iklim dan ketahanan organisasi (Lammers, Barbour, & Duggan, 2003, h. 320). Perspektif institusional melihat bahwa rutinitas dan struktur yang menyusun organisasi merupakan refleksi dari aturan yang ada di lingkungannya. Kedua, perspektif ini melihat lingkungan eksternal untuk memahami logika struktur organisasi. Ketiga, makna yang terinternalisasi menyelimuti organisasi kesehatan. Keempat,

perspektif ini menyadari rasionalisasi bentuk organisasi (Lammers, Barbour, & Duggan, 2003). Wright, Sparks dan O'Hair (2013) menyebutkan bahwa organisasi kesehatan memiliki budaya tersendiri yang ditunjukkan melalui sikap, kepercayaan, dan nilai-nilai organisasi. Budaya organisasi terlihat melalui sejumlah praktik penciptaan makna bersama di dalam organisasi seperti unsur artefak faktual hingga promosi kesehatan (Wright, Sparks, & O'Hair, 2013).

Organisasi kesehatan juga dapat dilihat sebagai sebuah sistem yang anggotanya berhubungan satu sama lain (Wright, Sparks, & O'Hair, 2013). Melalui sudut pandang ini, Wright, Sparks dan O'Hair (2013) menjelaskan bahwa tindakan kesehatan yang dilakukan oleh aktor di dalam organisasi kesehatan dipengaruhi oleh sistem yang ada di organisasi tersebut. Littlejohn & Foss (2014) menyebutkan bahwa sistem memiliki beberapa karakteristik seperti interdependensi, keseimbangan (*balance/homeostasis*), dan adanya tujuan (*goals/equifinality*). Untuk mencapai karakteristik tersebut, anggota organisasi kesehatan melakukan komunikasi dan melakukan reaksi terhadap perubahan pada sistem (Wright, Sparks, & O'Hair, 2013). Melalui *organizational information theory*, dapat dipahami bahwa organisasi menerima, mengelola, dan menggunakan informasi yang diterima pada situasi yang terus berubah (Weick dalam Wright, Sparks, & O'Hair, 2013, h. 163)

Lammers, Barbour, dan Duggan (2003) secara umum membagi organisasi kesehatan menjadi: organisasi yang menangani pendanaan dan pengaturan produk dan pelayanan kesehatan, organisasi yang berfokus pada pelayanan kesehatan, dan organisasi profesional lain yang mempengaruhi organisasi kesehatan. Selain itu,

Wright, Sparks, dan O’Nair (2013) menjelaskan bahwa terdapat organisasi yang menangani pendanaan seperti asuransi kesehatan, serta organisasi yang khusus melakukan penelitian tentang kesehatan. Terdapat pula organisasi khusus yang bertugas untuk memastikan fasilitas pelayanan kesehatan umum seperti rumah sakit memenuhi kriteria/standar tertentu (Wright, Sparks, & O’Nair, 2013, h. 162).

Di Indonesia, terdapat Kementrian Kesehatan Republik Indonesia yang memiliki Dinas Kesehatan di setiap daerah di Indonesia. Selanjutnya, Dinas Kesehatan dibantu oleh Unit Pelaksana Teknis Pusat Kesehatan Masyarakat (UPT Puskesmas) dalam pembangunan kesehatan wilayah kerjanya. Puskesmas memiliki peran vital dalam penyampaian informasi kesehatan kepada masyarakat dan komunitas. Puskesmas berfungsi sebagai unit pembinaan dan penciptaan kesadaran pentingnya kesehatan bagi setiap orang (Puskesmas I Denpasar Timur, 2016). Puskesmas juga melakukan Upaya Kesehatan yang memungkinkan kerjasama di berbagai sektor dan program kesehatan (Puskesmas I Denpasar Timur, 2016).

Di Kota Denpasar, terdapat 11 unit puskesmas yang terbagi di empat wilayah kerja yakni Denpasar Timur, Denpasar Utara, Denpasar Selatan dan Denpasar Barat. Di dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan, Puskesmas mengikuti standar operasional seperti standar ISO. Secara spesifik, penyampaian informasi kesehatan menjadi salah satu komponen dalam mutu pelayanan kesehatan.

Pada kenyataannya, permasalahan yang dialami oleh Puskesmas masih meliputi mutu pelayanan kesehatan yang belum maksimal. Hal tersebut

ditunjukkan oleh penelitian Candrawati, Suarsana dan Wirawan (2015) yang mencoba melihat perbandingan kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan Puskesmas ISO dan Non-ISO di Kota Denpasar. Menurut survei yang dilakukan pada 289 orang pada penelitian tersebut, terdapat kepuasan yang lebih tinggi pada Puskesmas ISO (98,66%) dibandingkan dengan Puskesmas Non-ISO (87,25%) (Candrawati, Suarsana & Wirawan, 2015). Penelitian tersebut menunjukkan bahwa kepuasan pada pelayanan kesehatan yang lebih rendah untuk Puskesmas Non-ISO dapat disebabkan oleh faktor kecepatan, ketepatan pemeriksaan, kejelasan informasi mengenai penyakit pasien, kecepatan tindakan, ketelitian, perhatian pada pasien serta kesiapan alat (Candrawati, Suarsana & Wirawan, 2015). Berdasarkan hasil penelitian tersebut, dapat dilihat bahwa Puskesmas merupakan organisasi kesehatan yang berfokus pada pelayanan kesehatan (Lammers, Barbour, & Duggan, 2003). Selain itu, terlihat bahwa informasi kesehatan menjadi komponen penting di dalam pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh Puskesmas.

2.4 Kerangka Pemikiran

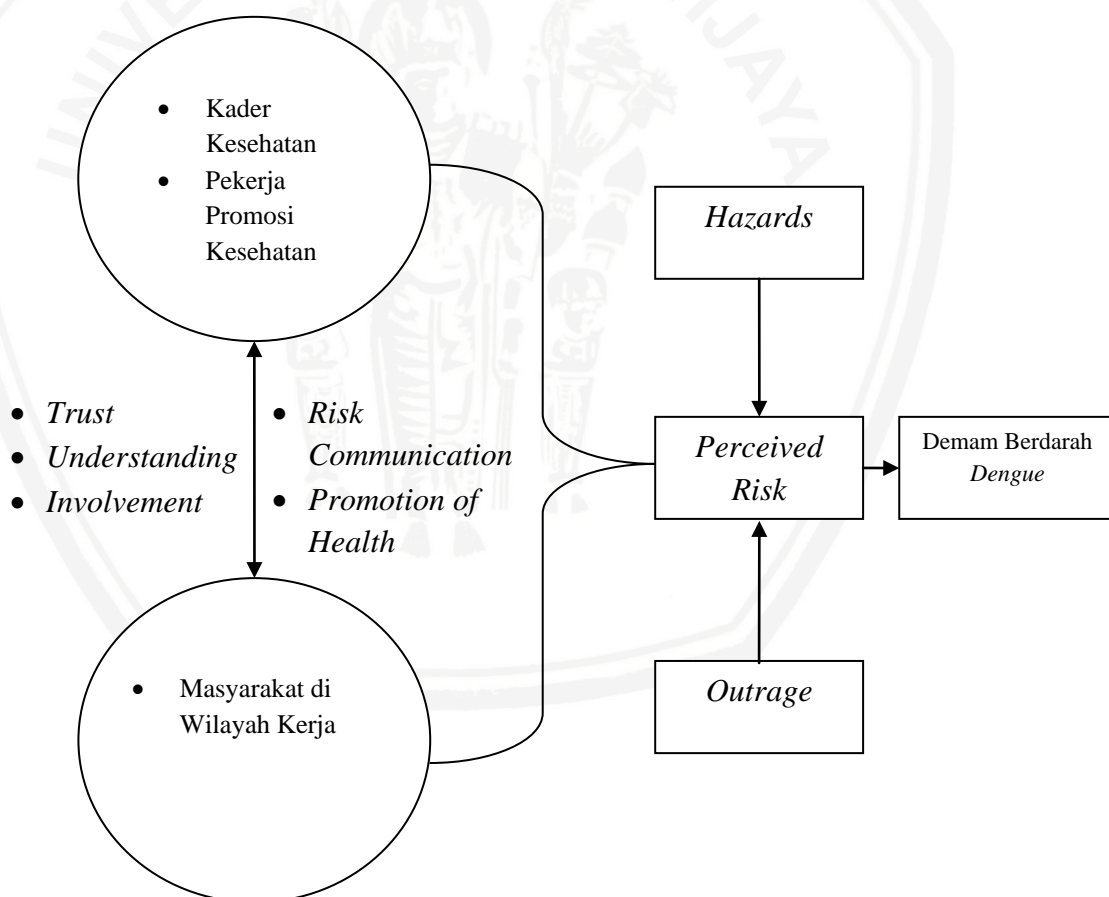
Penelitian ini melihat bahwa komunikasi risiko kesehatan tidak hanya dilakukan oleh *health provider* seperti dokter atau perawat saja, tetapi juga oleh organisasi kesehatan. Komunikasi risiko yang dilakukan oleh organisasi kesehatan dapat menjangkau khalayak yang lebih luas. Terdapat keterkaitan antara komunikasi risiko dan *promotion of health* yang dilakukan organisasi kesehatan. Salah satu tantangan dalam mengkomunikasikan pesan risiko pada khalayak yang luas adalah risiko yang dipersepsikan masyarakat. Perbedaan persepsi antara para

ahli dan masyarakat dapat terjadi sehingga memerlukan strategi komunikasi risiko yang sesuai. Permasalahan lain yang muncul di dalam komunikasi risiko adalah bagaimana pesan tersebut disampaikan sehingga organisasi kesehatan memerlukan kesepahaman (*understanding*) dan kepercayaan (*trust*) dari masyarakat/khalayak pesan.

Di Indonesia, Dinas Kesehatan dibantu oleh UPT Puskesmas untuk melakukan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Dengan demikian, Puskesmas memiliki peran aktif dalam menyampaikan informasi tentang risiko kepada masyarakat di wilayah kerjanya. Berry (2007) menyebutkan bahwa risiko yang disampaikan adalah risiko yang relevan. Di Provinsi Bali, isu kesehatan yang relevan adalah penyakit tropis yang meliputi demam berdarah *dengue*.

Di satu sisi, demam berdarah *dengue* memiliki risiko yang dipersepsikan secara rendah oleh masyarakat yang ditunjukkan dengan adanya sikap negatif masyarakat di dalam program PSN seperti: menganggap PSN hanya tanggung jawab pemerintah, tidak berpartisipasi dalam kerja bakti dan lebih memilih penyemprotan dibandingkan dengan PSN (Ekaputra, Ani, Suastika, 2013). Selain itu, penelitian tentang Jumantik menunjukkan bahwa kinerja Jumantik di Denpasar Selatan kurang baik (Sandhi & Martini, 2014). Hal ini juga dipertegas dengan penelitian faktor perilaku yang berhubungan dengan kejadian demam berdarah *dengue* (DBD) di wilayah kerja Puskesmas I Denpasar Timur dan Puskesmas I Denpasar Selatan yakni: pengetahuan tentang penyakit DBD dan cara pengendaliannya, sikap terhadap pemberantasan sarang nyamuk, tindakan pelaksanaan 3M Plus, kebiasaan menggantung pakaian, keberadaan penampungan

air dan jumlah jentik nyamuk (Jata, Putra, & Pujaastawa, 2016). Namun di sisi lain, secara statistik angka insiden penyakit ini tergolong tinggi dan berbahaya (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2017). Hal ini menunjukkan bahwa DBD merupakan penyakit yang bersifat *high hazard-low outrage*. Berdasarkan pemaparan tersebut, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui dan menjelaskan bagaimana komunikasi risiko yang dilakukan oleh Puskesmas Wilayah I Denpasar Timur dan Puskesmas Wilayah I Denpasar Selatan terhadap risiko demam berdarah *dengue*. Secara skematis, kerangka pemikiran digambarkan pada bagan berikut:



Gambar 2. 1 Kerangka Pemikiran

Sumber: Data diolah peneliti

Keterangan: Penelitian ini berfokus pada komunikasi risiko yang dilakukan oleh organisasi kesehatan (*health provider*) seperti puskesmas kepada masyarakat di wilayah kerjanya. Informasi risiko dan promosi kesehatan akan menimbulkan *perceived risk* yang dipengaruhi oleh *outrage* dan bahaya (*hazards*) dari sebuah isu. Hasil dari komunikasi risiko akan membentuk kepercayaan, sikap saling memahami, dan keterlibatan masyarakat untuk berperilaku hidup sehat.



BAB III METODE PENELITIAN

3.1 Paradigma dan Jenis Penelitian

Paradigma penelitian disebut juga sebagai pendekatan penelitian. Paradigma mencakup asumsi-asumsi dasar, teknik pengumpulan data, rumusan pertanyaan, dan memberikan panduan seperti apa penelitian yang baik untuk dilakukan (Neuman, 2014, h. 96). Paradigma dalam penelitian ini adalah konstruktivisme. Paradigma konstruktivisme disebut juga pendekatan subjektif karena melihat realitas sebagai hasil interaksi antar individu (Kriyantono, 2014, h. 55). Paradigma konstruktivisme juga disebut sebagai paradigma interpretif. Menurut Neuman (2014) realitas di dalam paradigma interpretif merupakan hasil konstruksi sosial. Paradigma ini mencoba menjelaskan bagaimana manusia menciptakan dan mempertahankan realitas tersebut secara sistematis (Neuman, 2014, h. 104). Di dalam penelitian ini, peneliti ingin mengetahui bagaimana komunikasi risiko yang dilakukan oleh organisasi kesehatan kepada publiknya sebagai sebuah interaksi sosial menciptakan sebuah konstruksi atau pemahaman mengenai demam berdarah *dengue* dan perilaku hidup sehat.

Jenis penelitian pada penelitian ini adalah deskriptif. Jenis penelitian deskriptif dapat memberikan gambaran secara rinci mengenai situasi atau sebuah hubungan sosial (Neuman, 2014, h. 38). Penelitian deskriptif dapat menjelaskan secara rinci tentang siapa yang terlibat dan bagaimana sebuah fenomena terjadi (Neuman, 2014, h. 39). Penelitian ini menggunakan jenis deskriptif karena peneliti ingin memberikan gambaran mengenai proses komunikasi risiko yang

dilakukan organisasi kesehatan seperti puskesmas kepada masyarakat di wilayah kerjanya.

3.2 Metode Penelitian

Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode studi kasus. Menurut Neuman (2014), studi kasus merupakan metode penelitian yang mencari tahu secara mendalam satu atau beberapa jenis kasus. Kasus dapat berupa individual, organisasi, pergerakan, kejadian tertentu yang terjadi pada suatu waktu atau dalam periode tertentu (Neuman, 2014, h. 42). Walton (dalam Neuman, 2014) menjelaskan bahwa studi kasus dapat menjelaskan bagaimana kekuatan sosial dapat menciptakan hasil tertentu pada situasi tertentu. Studi kasus merupakan metode yang dilakukan dengan memperhatikan fenomena dan konteks yang tidak memiliki batasan yang jelas (Yin, 2015, h. 18). Berdasarkan pendapat tersebut, konteks dan fenomena merupakan hal yang saling terkait. Yin (2015) selanjutnya menjelaskan bahwa penggunaan multisumber di dalam studi kasus dapat dilakukan, dapat digunakan untuk menjelaskan fenomena organisasi, serta dapat menjawab pertanyaan tentang “bagaimana” dan “mengapa” di dalam penelitian.

Penelitian ini menggunakan metode studi kasus karena kasus yang dianalisis adalah komunikasi risiko melalui Puskesmas. Komunikasi risiko disebut kasus karena fenomena tersebut tidak terlepas dari konteksnya yaitu organisasi kesehatan (puskesmas) dan isu risiko yang relevan (demam berdarah *dengue* di Provinsi Bali). Penelitian ini bertujuan untuk melihat bagaimana komunikasi risiko terjangkit demam berdarah *dengue* disampaikan oleh Puskesmas kepada

masyarakat di wilayah kerja sebagai situasi yang mengelilingi kasus tersebut. Sehingga, studi kasus merupakan metode yang sesuai untuk menjelaskan fenomena tersebut.

Studi kasus dapat dibagi menjadi tiga jenis yakni: intrinsik, instrumental dan kolektif (Stake dalam Grandy, 2010). Penelitian instrumental dan kolektif juga disampaikan oleh Yin (2015) dengan sebutan *single-case study* (satu kasus) dan *multi-case study* (multikasus). Lokasi penelitian menurut Stake (dalam Grandy, 2010) menjadi hal sekunder yang membantu peneliti untuk memberikan konteks dan gambaran terhadap kasus yang diteliti.

Penelitian ini akan menggunakan desain multikasus karena menggunakan dua lokasi penelitian yang berbeda. Desain multikasus dapat digunakan ketika pada penelitian yang sama dapat terjadi kasus yang berbeda (Yin, 2015, h. 44). Yin (2015) selanjutnya menjelaskan bahwa desain multikasus memerlukan pemilihan kasus yang hati-hati karena digunakan untuk memprediksi hasil akhir yang serupa (replika literal), atau hasil akhir yang bertentangan dengan alasan yang diprediksi (replika teoretis). Penelitian ini akan menganalisis kasus pertama yaitu komunikasi risiko oleh Puskesmas Wilayah I Denpasar Timur yang memiliki *incidence rate* demam berdarah *dengue* paling tinggi di Kota Denpasar. Kemudian akan dianalisis kasus kedua yakni komunikasi risiko oleh Puskesmas Wilayah I Denpasar Selatan yang memiliki *incidence rate* demam berdarah *dengue* paling rendah di Kota Denpasar.

3.3 Lokasi Penelitian

Penelitian akan dilakukan di Puskesmas Wilayah I Denpasar Timur yang beralamatkan di Jalan Pucuk Nomor 1 dan Puskesmas Wilayah I Denpasar Selatan yang beralamatkan di Jalan Gurita Nomor 8. Pemilihan kedua lokasi tersebut karena Puskesmas merupakan organisasi kesehatan yang melakukan kegiatan promotif untuk menyampaikan informasi risiko dan kesehatan kepada masyarakat di wilayah kerjanya. Contohnya adalah program PSN (Pemberantasan Sarang Nyamuk) dan 3M Plus. Sementara itu, risiko terjangkit demam berdarah *dengue* di Provinsi Bali cukup tinggi yang terlihat dari angka *incidence rate* penyakit tersebut. Pemilihan ini sesuai dengan metode studi kasus yang disampaikan oleh Yin (2015) karena terdapat perbedaan *incidence rate* di kedua wilayah Puskesmas. *Incidence rate* demam berdarah *dengue* yang tertinggi berada di Denpasar Timur dan terendah berada di Denpasar Selatan.

3.4 Fokus Penelitian

Pada penelitian kualitatif, fokus penelitian merupakan batasan yang ditetapkan oleh peneliti agar data yang dikumpulkan dapat menjawab rumusan masalah. Rumusan masalah di dalam penelitian ini adalah bagaimana komunikasi risiko tentang demam berdarah *dengue* yang dilakukan oleh organisasi kesehatan kepada masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Wilayah I Denpasar Timur dan Denpasar Selatan. Dalam penelitian ini, fokus penelitian ada pada proses komunikasi risiko yang dilakukan oleh Puskesmas. Beberapa aspek yang akan menjadi fokus untuk menjawab rumusan masalah tersebut adalah:

1. Siapa yang bertanggungjawab, terlibat, dan bagaimana mereka sebagai bagian dari organisasi kesehatan menyampaikan informasi kesehatan dan risiko demam berdarah *dengue* kepada masyarakat di wilayah kerja Puskesmas.
2. Panduan atau program yang dilakukan untuk mengkomunikasikan risiko terjangkit demam berdarah *dengue* serta implementasinya di wilayah kerja. Fokus ini didukung oleh hasil penelitian Gesser-Edelsburg, Mordini, James, Greco & Green (2014) yang menunjukkan bahwa penerapan panduan komunikasi risiko internasional dapat berbeda di tingkat nasional sehingga penelitian ini akan melihat apakah terdapat perbedaan antara panduan dan penerapan komunikasi risiko di wilayah kerja.
3. Strategi komunikasi risiko terjangkit demam berdarah *dengue* yang dilakukan Puskesmas. Strategi ini meliputi bagaimana mengidentifikasi pesan, mengidentifikasi karakteristik masyarakat, menyampaikan pesan kepada masyarakat, dan melibatkan masyarakat di wilayah kerja.
4. Kendala atau permasalahan yang dialami organisasi pada saat menyampaikan program, informasi kesehatan, dan informasi risiko terjangkit demam berdarah *dengue*.
5. Konstruksi masyarakat terkait risiko kesehatan. Fokus ini didukung adanya kenyataan bahwa terdapat perbedaan persepsi dan faktor sosiokultural antara para ahli dan masyarakat dalam memandang isu kesehatan (Gamhewage, 2014; Wright, Sparks, & O'Hair, 2013). Selain itu, fokus ini didukung oleh sifat komunikasi kesehatan dan risiko sebagai

kajian yang interdisipliner sehingga memungkinkan peneliti untuk melihat dari berbagai sudut pandang (Littlejohn & Foss, 2009).

3.5 Teknik Pemilihan Informan

Informan ditentukan secara *purposive sampling*. Penentuan informan secara *purposive* mengharuskan peneliti untuk menetapkan kriteria tertentu. Kriyantono (2014) menjelaskan bahwa informan dalam *purposive sampling* diseleksi berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan. Hal itu dilakukan untuk mendukung tujuan penelitian (Kriyantono, 2014, h. 158). Kriteria yang telah ditetapkan akan memudahkan peneliti dalam memperoleh data yang relevan dengan permasalahan. Beberapa kriteria yang ditentukan di dalam penelitian ini adalah:

1. Tenaga kerja aktif yang termasuk di dalam program P2DBD dan Promosi Kesehatan di Puskesmas Wilayah I Denpasar Timur dan Denpasar Selatan.
2. Tenaga kerja aktif di Puskesmas Wilayah I Denpasar Timur dan Denpasar Selatan yang terlibat secara aktif dalam kegiatan promotif seperti promosi kesehatan tentang demam berdarah *dengue* dan pelatihan kepada Jumantik maupun kader kesehatan.
3. Jumantik Puskesmas yang telah aktif sejak tahun 2016 atau sebelumnya sebagai seseorang yang terlibat dalam mengkomunikasikan program PSN dan 3M Plus kepada masyarakat di wilayah kerja.
4. Masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Wilayah I Denpasar Timur dan Puskesmas Wilayah I Denpasar Selatan.

5. Sosiolog dan budayawan untuk memberikan perspektif sosiokultural di dalam melihat fenomena penyakit demam berdarah *dengue*, komunikasi kesehatan, serta komunikasi risiko kepada masyarakat.
6. Informan tidak dibatasi oleh jenis kelamin tertentu, tetapi kesediaan untuk turut serta di dalam penelitian.

3.6 Sumber Data

Sumber data di dalam penelitian ini dibagi menjadi dua yaitu sumber data primer dan sekunder. Sumber data merupakan bagaimana sebuah data didapatkan. Data primer merupakan data yang diperoleh langsung oleh peneliti dari sumber, contohnya adalah data wawancara (Widiadi, 2017). Sedangkan data sekunder merupakan jenis data yang telah diolah oleh orang lain, contohnya adalah data dokumen atau publikasi pemerintah (Widiadi, 2017). Data primer pada penelitian ini akan diperoleh berdasarkan informasi yang disampaikan oleh narasumber pada saat wawancara. Sedangkan data sekunder akan diperoleh melalui publikasi pemerintah tentang profil kesehatan di wilayah kerja dan dokumentasi terkait komunikasi risiko yang pernah dilakukan oleh Puskesmas.

3.7 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data merupakan cara yang digunakan peneliti untuk mengumpulkan data sesuai dengan rumusan permasalahan. Teknik pengumpulan data dipengaruhi oleh metodologi penelitian (Kriyantono, 2014, h. 95). Wimmer (dalam Kriyantono, 2014, h. 95) menyebutkan bahwa penelitian kualitatif dapat menggunakan metode observasi, wawancara mendalam atau studi kasus. Yin (2015) menjelaskan bahwa penggunaan multisumber di dalam studi kasus dapat

menjadi strategi meningkatkan validitas internal. Beberapa teknik pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini adalah wawancara mendalam, dokumentasi dan observasi.

Wawancara mendalam memungkinkan peneliti mengumpulkan data secara langsung pada informan untuk memperoleh data yang lengkap (Kriyantono, 2014, h. 102). Wawancara mendalam pada penelitian ini akan dilakukan dengan mengajukan pertanyaan terstruktur pada informan penelitian sesuai dengan *interview guide* tentang komunikasi risiko terjangkit demam berdarah *dengue*. Informan yang akan diwawancarai adalah pekerja Puskesmas dan Jumantik yang aktif melakukan kegiatan pencegahan demam berdarah *dengue* sebagai komunikator kesehatan. Selain itu wawancara akan dilakukan kepada masyarakat di wilayah kerja, serta budayawan dan akademisi ilmu komunikasi untuk memberikan perspektif akademisi tentang komunikasi risiko.

Dokumentasi dapat digunakan sebagai sumber data yang melengkapi metode lainnya. Data dokumentasi akan memberikan gambaran tentang peristiwa yang sudah berlangsung. Dokumentasi memungkinkan peneliti untuk mengambil foto, struktur organisasi, atau dokumen lain yang menjelaskan tentang komunikasi risiko yang pernah dilakukan oleh Puskesmas di wilayah kerjanya. Pemberitaan di media massa juga dapat digunakan sebagai sumber data dokumentasi.

Sedangkan observasi merupakan pengambilan data melalui pengamatan langsung. Penelitian ini melakukan observasi non-partisipan pada program Gertak (Gerakan Serentak) yang dilakukan oleh Puskesmas. Observasi memungkinkan

peneliti untuk mengamati secara langsung proses komunikasi kesehatan yang dilakukan oleh petugas Puskesmas dan masyarakat di wilayah kerja.

3.8 Teknik Analisis Data

Penelitian ini menggunakan metode studi kasus dengan desain multikasus yang diadaptasi dari Yin (2015). Menurut Yin (2015), pada desain multikasus menggunakan dua tahap analisis. Tahap pertama, masing-masing kasus akan dianalisis secara individu. Tahap kedua, kasus akan dihubungkan untuk melihat apakah terdapat keterkaitan satu sama lain. Adapun tahapan analisis pada penelitian ini adalah:

1. Pada tahap pertama, penelitian ini akan menganalisis kasus komunikasi risiko terjangkit demam berdarah *dengue* yang dilakukan masing-masing puskesmas. Analisis data yang digunakan adalah teknik analisis Miles, Huberman, dan Saldana (2014) yang terdiri dari empat tahap yang saling terkait yakni: pengumpulan data, kondensasi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan/verifikasi. Tahap ini menyajikan kategorisasi data informan petugas Puskesmas dan para ahli (bidang ilmu komunikasi dan budaya)
2. Pada tahap kedua, penelitian ini akan melakukan analisis lintas kasus. untuk melihat keterkaitan antara kasus yang telah dianalisis secara individual. Pada tahap ini, peneliti akan melanjutkan analisis kedua kasus dengan analisis Miles, Huberman dan Saldana (2014). Menurut Yin (2015), analisis multikasus bertujuan untuk melihat hasil yang serupa atau bertentangan dengan alasan yang diprediksi.

3.9 Teknik Keabsahan Data

Keabsahan data dapat dilakukan dengan metode triangulasi yang memungkinkan peneliti untuk melihat dari berbagai sudut pandang sehingga dapat memahami objek dengan akurat (Neuman, 2014). Beberapa metode triangulasi yang dapat digunakan adalah: triangulasi pengukuran (pada sumber data), triangulasi pengamat, triangulasi teori, dan triangulasi metode (Neuman, 2014). Teknik keabsahan data dalam penelitian ini dilakukan dengan triangulasi metode pada hasil wawancara dan dokumentasi yang menurut Neuman (2014) dapat dilakukan secara berurutan atau secara bersamaan. Selain itu, Yin (2015) menjelaskan bahwa dengan menggunakan data dari berbagai sumber dapat meningkatkan validitas internal dari sebuah desain studi kasus.

3.10 Etika Penelitian

Etika penelitian merupakan komponen penting di dalam sebuah penelitian kualitatif. Berdasarkan alasan tersebut, maka etika pada penelitian ini adalah:

1. Pengajuan surat rekomendasi penelitian ditujukan untuk Puskesmas Wilayah I Denpasar Timur dan Puskesmas Wilayah I Denpasar Selatan sebagai UPT Dinas Kesehatan Kota Denpasar.
2. Menghormati privasi dan menjaga anonimitas informan apabila diperlukan.
3. Menyediakan *consent letter* dan tujuan penelitian untuk memperoleh kesediaan partisipasi informan.
4. Mengikuti peraturan yang berlaku di lokasi penelitian.

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Umum Informan Penelitian

Penelitian ini memilih sejumlah informan yang sesuai dengan kriteria informan yang telah ditetapkan. Informan tersebut terdiri atas: 7 informan dari program P2DBD, 2 informan petugas Jumantik, 2 informan dari Promosi Kesehatan Puskesmas, 3 informan yang merupakan bagian masyarakat di wilayah kerja Puskesmas, dan 2 informan merupakan ahli di bidang komunikasi, dan kajian budaya. Sesuai dengan kesepakatan saat wawancara, nama informan dapat ditulis.

Tabel 4. 1 Breakdown Informan Penelitian

No.	Nama	Pekerjaan	Wilayah Kerja
1.	Oka	Penanggungjawab Program P2DBD	Densel I
2.	Gita	Koor. Jumantik Wilayah Sasetan	Densel I
3.	Sasmita	Koor. Jumantik Wilayah Sidakarya	Densel I
4.	Sugiantara	Koor. Jumantik Wilayah Panjer	Densel I
5.	Martini	Jumantik/Kader Kesehatan	Densel I
6.	Yudiarta	Koor. Jumantik Wilayah Dangin Puri	Dentim I
7.	Kalmiani	Koor. Jumantik Wilayah Sumerta	Dentim I
8.	Tiara	Ko.Jumantik Wilayah Sumerta Kelod	Dentim I
9.	Nini	Jumantik/Kader Kesehatan	Dentim I
10.	Vera	Petugas Promosi Kesehatan	Dentim I
11.	Kharismawati	Petugas Promosi Kesehatan	Densel I
12.	Parimarta	Akademisi	Budaya
13.	Susanne	Akademisi	Komunikasi
14.	Made Lilir	Warga	Densel I
15.	IB. Putra	Warga	Densel I
16.	Gusti	Warga	Dentim I

Sumber: Data diolah Peneliti

Informan utama dalam penelitian ini adalah staf program P2DBD di Puskesmas Wilayah I Denpasar Timur dan Puskesmas Wilayah I Denpasar Selatan. Sementara itu, informan pendukung dalam penelitian ini adalah kader Jumantik (Kader Kesehatan), petugas Promosi Kesehatan, masyarakat di wilayah kerja, dan akademisi bidang kajian budaya, dan komunikasi. Informan dipilih berdasarkan pertimbangan penguasaan atau pengetahuan lapangan dan pekerjaan. Informan tambahan berfungsi untuk menambah validitas data wawancara.

Proses pengumpulan data yang dilakukan adalah wawancara kepada informan utama dan informan tambahan. Wawancara kepada informan utama dan tambahan dilakukan dalam rentang waktu Juni-Agustus 2018. Proses pengumpulan data diawali dengan wawancara kepada penanggungjawab program P2DBD dan koordinator Jumantik di masing-masing Puskesmas. Peneliti juga memperoleh akses ke dalam kegiatan Gerakan Serentak (Gertak) sehingga dapat melakukan observasi non-partisipan pada proses pemantauan jentik dan komunikasi demam berdarah *dengue* kepada masyarakat di wilayah kerja.

4.2 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

4.2.1 Kecamatan Denpasar Timur

Kota Denpasar dibagi menjadi empat wilayah kecamatan, salah satunya adalah Denpasar Timur. Dari 11 Puskesmas yang terdapat di Kota Denpasar, dua Puskesmas berada di kecamatan Denpasar Timur (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014, h. 5). Puskesmas Wilayah I Denpasar Timur memiliki jumlah penduduk sebesar 75.287 orang yang terdapat di enam desa (dan kelurahan) pada tahun 2014 (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014). Wilayah kerja tersebut mencakup: Kelurahan Dangin Puri, Kelurahan Sumerta, Desa Sumerta Kelod, Desa Sumerta Kaja, Desa Sumerta Kauh, dan Desa Dangin Puri Kelod (Puskesmas Wilayah I Denpasar Timur, 2016). Dari data tersebut, terlihat bahwa cakupan jumlah penduduk dan jumlah desa di Puskesmas Wilayah I Denpasar Timur merupakan yang terbesar di antara puskesmas lainnya di Kecamatan Denpasar Timur.

Berdasarkan Profil Kesehatan yang dipublikasikan oleh Puskesmas Wilayah I Denpasar Timur, beberapa upaya kesehatan yang telah dilakukan merupakan Upaya Kesehatan Wajib yang ditetapkan menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 128/menkes/SK/II/2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat dan Upaya Kesehatan Pengembangan. Upaya Kesehatan Wajib yang dilakukan meliputi: upaya promosi kesehatan, upaya kesehatan lingkungan, upaya KIA dan KB, upaya perbaikan gizi masyarakat, upaya pencegahan penyakit menular, dan upaya pengobatan (Puskemas Wilayah I Denpasar Timur, 2016). Sedangkan Upaya Kesehatan Pengembangan didasari

oleh permasalahan yang ditemukan dan kondisi lingkungan yang meliputi: Upaya Kesehatan Sekolah, Upaya Kesehatan Usila, Perkesmas, Puskesmas Rawat Inap dengan Poned, Upaya Kesehatan Kerja, Klinik IMS, dan VCT (Puskesmas Wilayah I Denpasar Timur, 2016). Untuk mencegah demam berdarah *dengue*, upaya yang dilakukan meliputi penyuluhan PHBS, PSN 3M Plus, *fogging*, dan gerakan Jumantik (Puskesmas Wilayah I Denpasar Timur, 2016).

Perilaku kesehatan penduduk di wilayah kerja Puskesmas I Denpasar Timur dapat dilihat melalui Perilaku Hidup dan Sehat (PHBS). PHBS merupakan upaya menanggulangi penyakit infeksi dan non-infeksi di rumah tangga (Puskesmas Wilayah I Denpasar Timur, 2016). Secara umum, di tahun 2016, rumah tangga yang melakukan PHBS telah mencapai target dengan rata-rata 87.7% (Puskesmas Wilayah I Denpasar Timur). Secara khusus, Angka Bebas Jentik pada rumah tangga di wilayah kerja Puskesmas I Denpasar Timur juga telah mencapai standar nasional (Puskesmas Wilayah I Denpasar Timur, 2016). Walaupun demikian, masih terdapat kasus demam berdarah *dengue* yang mengindikasikan kurangnya upaya Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) dan kesadaran menjaga kebersihan lingkungan sekitar (Puskesmas Wilayah I Denpasar Timur, 2016). Di tahun 2017, disebutkan bahwa Denpasar Timur memiliki *incidence rate* DBD paling tinggi di Kota Denpasar yakni 104.01 per 100.000 penduduk (Suyatra, 2017). Berdasarkan data-data tersebut, komunikasi mengenai informasi risiko, pencegahan dan penanganan demam berdarah *dengue* menjadi relevan untuk dilakukan.

4.2.2 Kecamatan Denpasar Selatan

Kecamatan Denpasar Selatan merupakan salah satu kecamatan yang ada di Kota Denpasar. Kecamatan Denpasar Selatan memiliki jumlah penduduk yang cukup besar yakni 208.715 penduduk (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2014). Terdapat empat Puskesmas yang beroperasi di wilayah Denpasar Selatan. Salah satunya adalah Puskesmas Wilayah I Denpasar Selatan yang jumlah penduduknya mencapai 90.737 orang di tahun 2014 (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2014). Data tersebut juga menunjukkan bahwa Puskesmas Wilayah I Denpasar Selatan memiliki jumlah penduduk yang paling besar di antara Puskesmas lain di Kecamatan Denpasar Selatan.

Upaya kesehatan yang dilakukan oleh Puskesmas Wilayah I Denpasar Selatan juga meliputi upaya pencegahan dan penanggulangan penyakit termasuk demam berdarah *dengue*. Hal ini dibuktikan dengan kegiatan yang dilakukan oleh Jumantik di wilayah kerja Puskesmas I Denpasar Selatan. Jumantik dibagi menjadi tiga wilayah kerja yakni: Panjer, Sidakarya, dan Sesetan. Ketiga wilayah tersebut merupakan wilayah kerja yang terdapat di Puskesmas I Denpasar Selatan. Ketiga wilayah tersebut memiliki total 35 banjar

Walaupun wilayah kerja Puskesmas I Denpasar Selatan memiliki jumlah penduduk yang besar, namun *incidence rate* DBD di wilayah ini adalah yang paling rendah di Kota Denpasar (Suyatra, 2017). Sedangkan menurut Profil Puskesmas I Denpasar Selatan, jumlah DBD pada tahun 2017 adalah sebesar 229 kasus dan tidak terjadi kematian yang disebabkan oleh penyakit tersebut

(Puskesmas Wilayah I Denpasar Selatan, 2017). Hal tersebut menunjukkan bahwa dibandingkan tahun 2016, *incidence rate* DBD di wilayah kerja Puskesmas I Denpasar Selatan mengalami penurunan (Puskesmas Wilayah I Denpasar Selatan, 2017). Proses komunikasi terkait informasi risiko terjangkit DBD, pencegahan hingga penanganannya menjadi relevan dilakukan karena Kota Denpasar memiliki wilayah yang endemis DBD dan berpotensi menimbulkan KLB (Puskesmas Wilayah I Denpasar Selatan, 2017).

4.3 Penyajian Data

Penelitian ini menggunakan teknik analisis data Miles, Huberman dan Saldana (2014) dalam desain multikasus yang diadaptasi dari Yin (2015). Pertama-tama, kasus akan dianalisis secara individu. Peneliti menggunakan tabel kategorisasi untuk melihat pola masing-masing kasus. Tahap kedua, kasus akan dihubungkan untuk melihat apakah terdapat keterkaitan satu sama lain.

4.3.1 Kategorisasi Data Informan di Puskesmas I Denpasar Timur

Bagian ini akan memaparkan kategorisasi yang merupakan hasil dari pengelompokan data-data yang diperoleh melalui wawancara, dokumentasi dan observasi pada wilayah kerja Puskesmas I Denpasar Timur. Kategorisasi data dapat dilihat dalam tabel berikut:

Tabel 4. 2 Kategorisasi Data Puskesmas I Denpasar Timur

Kata Kunci	Kategori Data	Deskripsi Singkat
<ol style="list-style-type: none"> 1. Jumentik sebagai kader kesehatan 2. Kordinasi Promkes dan Jumentik 3. Fungsi pembinaan masyarakat 4. Fungsi pemantauan masyarakat 5. Program yang dilakukan 	Puskesmas sebagai Organisasi yang Mengomunikasikan Informasi Kesehatan	Menggambarkan posisi Puskesmas sebagai organisasi kesehatan yang melakukan komunikasi risiko kepada masyarakat di wilayah kerja khususnya risiko demam berdarah <i>dengue</i> (DBD)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Penggunaan bahasa pengantar 2. Sanksi untuk mengatasi kendala komunikasi 3. Informasi risiko terjangkau DBD 4. Framing pesan (Rubastik) 5. Refreshing materi komunikasi 6. Lintas sektor 	Strategi Komunikasi Risiko Kesehatan dan Bentuk Informasi	Menggambarkan bagaimana Puskesmas mengidentifikasi pesan, mengidentifikasi karakteristik masyarakat hingga menyampaikannya kepada masyarakat di wilayah kerja
<ol style="list-style-type: none"> 1. Warga yang apatis 2. Kekhawatiran yang dirasakan warga 	Kendala Komunikasi	Menggambarkan permasalahan yang dihadapi Puskesmas saat melakukan penyampaian informasi kesehatan kepada masyarakat di wilayah kerja, khususnya terkait demam berdarah <i>dengue</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Masyarakat heterogen 2. Masyarakat usia produktif 	Karakteristik Masyarakat Wilayah Kerja	Menggambarkan bagaimana kondisi demografis yang adadi wilayah kerja Puskesmas.
<ol style="list-style-type: none"> 1. Sudah paham tetapi belum melakukan 2. Penyakit yang tidak ada obatnya 3. Permintaan fogging 	Konstruksi Sosiokultural Masyarakat terhadap Risiko DBD	Menggambarkan bagaimana organisasi kesehatan mengonstruksi risiko sebuah penyakit, pemahaman, serta mitos yang berkembang di masyarakat terkait risiko DBD

Sumber: Data diolah peneliti

4.3.2 Kategorisasi Data Informan di Puskesmas I Denpasar Selatan

Bagian ini akan memaparkan kategorisasi data yang disusun berdasarkan data wawancara, observasi dan dokumentasi yang dilakukan di wilayah kerja Puskesmas I Denpasar Selatan.

Tabel 4. 3 Kategorisasi Data Informan Puskesmas I Denpasar Selatan

Kata Kunci	Kategori Data	Deskripsi Singkat
<ol style="list-style-type: none"> 1. Fungsi pembinaan masyarakat 2. Fungsi pemantauan dan pencegahan KLB 3. Fungsi penyuluhan kesehatan 4. P2DBD dan Promosi Kesehatan 5. Program yang dilakukan dalam P2DBD 6. Jumantik sebagai kader kesehatan 	Puskesmas sebagai Organisasi yang Mengomunikasikan Informasi Kesehatan	Menggambarkan posisi Puskesmas sebagai organisasi kesehatan yang melakukan komunikasi risiko kepada masyarakat di wilayah kerja khususnya risiko demam berdarah <i>dengue</i> (DBD)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Advokasi lintas sektor 2. Komunikasi antarpribadi 3. Komunikasi kelompok 4. Media komunikasi 5. Bahasa dan framing pesan “zona jentik” 6. Pesan risiko terjangkit DBD 7. Pesan risiko fogging 	Strategi Komunikasi Risiko Kesehatan dan Bentuk Informasi	Menggambarkan bagaimana Puskesmas mengidentifikasi pesan, mengidentifikasi karakteristik masyarakat hingga menyampaikannya kepada masyarakat di wilayah kerja
<ol style="list-style-type: none"> 1. Penolakan dan sifat apatis 2. Cara mengatasi kendala komunikasi 	Kendala Komunikasi	Menggambarkan permasalahan yang dihadapi Puskesmas saat melakukan penyampaian informasi kesehatan kepada masyarakat di wilayah kerja, khususnya terkait demam berdarah <i>dengue</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Masyarakat heterogen 2. Pola hidup masyarakat di wilayah kerja 	Karakteristik Masyarakat Wilayah Kerja	Menggambarkan bagaimana kondisi demografis yang ada di wilayah kerja Puskesmas.
<ol style="list-style-type: none"> 1. Tindakan kuratif daripada preventif 2. Aspek <i>niskala</i> penyakit 3. Persepsi tentang dbd 4. Persepsi tentang tindakan <i>fogging</i> 	Konstruksi Sosiokultural Masyarakat terhadap Risiko DBD	Menggambarkan bagaimana organisasi kesehatan mengonstruksi risiko sebuah penyakit, pemahaman, serta mitos yang berkembang di masyarakat terkait risiko DBD

Sumber: Data diolah peneliti

4.3.3 Kategorisasi Data Perspektif Ahli

Bagian ini akan memaparkan kategorisasi data yang diperoleh dari wawancara bersama para ahli di bidang ilmu komunikasi dan sejarah/budayawan. Informan ahli di bidang komunikasi adalah Dr. Susanne Dida, MA. Peneliti melakukan wawancara dengan Dr. Susanne Dida, MA. dalam seminar komunikasi kesehatan pada tanggal 10 Mei 2018. Dr. Susanne Dida, MA. memberikan informasi mengenai komunikasi kesehatan yang dilakukan Puskesmas. Informan selanjutnya adalah Prof.Dr. I Gde Parimartha MA, seorang akademisi bidang kajian budaya dan sejarah. Peneliti melakukan wawancara pada Prof. Dr. I Gde Parimartha, MA secara bertahap pada bulan Mei-Juni 2018. Prof. Dr. I Gde Parimartha, MA. memberikan informasi mengenai karakteristik masyarakat Bali, khususnya konstruk sosiokultural dalam memandang kesehatan. Kedua informan dihadirkan dengan tujuan untuk memberikan sudut pandang secara akademis di dalam penelitian ini. Selain itu, perolehan data dari multisumber seperti informan ahli juga dapat memperkaya data di dalam penelitian studi kasus. Kategorisasi data dapat dilihat dalam tabel berikut:

Tabel 4. 4 Kategorisasi Data Informan Akademisi

Kata Kunci	Kategori Data	Deskripsi Singkat
<ol style="list-style-type: none"> 1. Kinerja dan akses terhadap informasi Dinas 2. Ujung tombak pelayanan kesehatan masyarakat 3. Program kesehatan yang bersifat <i>empowerment</i> 	Puskesmas sebagai Organisasi yang Mengomunikasikan Informasi Kesehatan	Kategori ini memaparkan bagaimana kondisi ideal Puskesmas terkait kinerja dan perannya sebagai organisasi kesehatan menurut ahli di bidang ilmu komunikasi dan budaya/sejarah.
<ol style="list-style-type: none"> 1. Bahasa pengantar 2. Waktu yang terbatas 3. Ruangan yang terbatas 	Kendala Komunikasi yang Dihadapi Puskesmas	Kategori ini memaparkan kendala komunikasi yang kerap dihadapi Puskesmas berdasarkan pengalaman riset dan pengamatan informan
<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Home visit</i>, jemput bola 2. Pendekatan terhadap <i>opinion leader</i> 3. Pengetahuan tentang budaya setempat 	Strategi Komunikasi yang Dilakukan Puskesmas	Kategori ini memaparkan bagaimana strategi di dalam komunikasi kesehatan yang dapat dilakukan Puskesmas
<ol style="list-style-type: none"> 1. Jawa Barat dengan Bahasa Sunda 2. Masyarakat Bali yang cenderung percaya dengan aspek <i>sekala-niskala</i> 3. Budaya kurang hirau dengan situasi 4. Masyarakat butuh pemantauan dan tuntunan 	Karakteristik Masyarakat	Kategori ini memaparkan perbedaan kontekstual mengenai karakteristik masyarakat di Indonesia berdasarkan pengalaman para ahli
<ol style="list-style-type: none"> 1. Bukan sebagai kutukan Tuhan tapi dipahami sebagai wabah 2. Kontradiksi di masyarakat 3. Ada penyakit yang disembuhkan secara <i>niskala</i> 	Konstruksi sosiokultural yang terjadi pada penyakit DBD	Kategori ini memaparkan bagaimana konstruksi/persepsi ahli mengenai pandangan masyarakat tentang DBD

Sumber: Data diolah peneliti

4.3.4 Analisis Temuan Penelitian

Setelah melalui pengelompokkan ke dalam beberapa kategori, selanjutnya bagian ini akan memaparkan data yang telah diperoleh dari informan petugas Puskesmas dan para ahli.

1. Puskesmas sebagai Organisasi yang Mengomunikasikan Informasi Kesehatan

Kategori ini menggambarkan bagaimana posisi Puskesmas sebagai organisasi kesehatan bagi masyarakat di wilayah kerja masing-masing. Kategori ini juga menggambarkan bagaimana Puskesmas juga bertindak sebagai organisasi yang menyampaikan informasi kesehatan bagi masyarakat di wilayah kerja. Pertama-tama, peneliti akan memaparkan data yang diperoleh dari informan petugas kesehatan di masing-masing Puskesmas. Lalu, peneliti juga memaparkan data yang diperoleh dari informan ahli.

Berdasarkan wawancara yang telah dilakukan di Puskesmas, jumantik dan promosi kesehatan merupakan sumber daya manusia Puskesmas yang dapat bertindak sebagai komunikator kesehatan. Jumantik adalah bagian dari program P2DBD. Program tersebut dikepalai oleh satu orang penanggungjawab program dan dibantu oleh Koordinator Jumantik sesuai dengan wilayah kerja. Sedangkan Jumantik merupakan kader kesehatan yang jumlahnya disesuaikan dengan jumlah banjar di wilayah kerja. Seperti yang disampaikan dalam kutipan wawancara berikut:

“...Kita masing-masing...kita kan ada 43 Jumantik, itu turun ke dalam satu desa. Kita ada 6 desa. Sumerta Kelod, Dangri Kelod, Sumerta, Sumerta Kaja, Sumerta Kauh. Itu kita punya 6 desa, jadi kita klop kan ke 43 itu ke dalam 1 desa dulu untuk Jumat Sabtu. Itu kegiatan yang pertama kita lakukan untuk...biar penanganan kasus lah istilahnya. Kemudian yang kedua larvasidasi, larvasidasi itu kita mengasih warga bubuk abate, agar setiap-setiap tempat yang tidak dapat dibersihkan itu diisi abate. Kemudian yang ketiga, setiap harinya, jika ada KK yang positif, kita sasar ke itu yang dulu..” (Kalmiani, Komunikasi Personal, 20 Juni 2018)

“...Itu di wilayah kerja Puskesmas kami kan ada 3 wilayah dan desa. Panjer, Sidakarya dan Sesetan.. Tiga... 2 kelurahan 1 desa. Jadi ada tiga. Tiga..tiga..tiga desa kelurahan. Jadi ketiga puluh lima... kan ada 35 banjar totalnya...35 jumantik ini melakukan pemantauan di satu banjar. Itu dilakukan rutin. Setiap hari Jumat-Sabtu. Jadi kegiatannya sama, membantu memantau jentik, melakukan PSN lah di lingkungan rumah warga....” (Oka, Komunikasi Personal, 11 Juni 2018)

Berdasarkan penuturan informan Kalmiani, Puskesmas I Denpasar Timur memiliki 6 wilayah kerja. Sedangkan informan Oka menuturkan bahwa Puskesmas I Denpasar Selatan memiliki 3 wilayah kerja. Setiap banjar memiliki 1 jumantik untuk melakukan tugas di wilayah kerja masing-masing. Jumantik melaksanakan kegiatan rutin Gertak (Gerakan Serentak) untuk memantau jentik nyamuk dan melakukan PSN di rumah-rumah warga. Selain memantau jentik, jumantik juga menjadi kader kesehatan Puskesmas yang menyampaikan informasi lain seperti kesehatan ibu dan anak.

Untuk menjadi jumantik, seseorang harus memenuhi standar yang ditetapkan seperti latar belakang pendidikan dan latar belakang demografis.

Kualifikasi tersebut disampaikan dalam kutipan wawancara berikut:

“Kita sih sebelumnya hanya latar belakangnya asli warga di sini, kemudian banjar yang di sana, karena kita kerjasama sama Kaling untuk yang Jumantiknya. Kalau untuk kita koordinatornya hanya dengan latar pendidikan yaitu harus SKM, atau D3 kesehatan lingkungan. Itu untuk koordinatornya. Itu langsung dari Dinas Kesehatan. Kemudian untuk

jumantiknya diserahkan ke Kelurahan untuk mencari di masing-masing banjar.” (Kalmiani, Komunikasi Personal, 20 Juni 2018)

“Kalau kualifikasi pendidikan paling rendah SMA dipake. Untuk juru pemantau jentiknya. Kalau umur sih dia belum ada katan umur, masih bebas. Antara laki atau perempuan siapa aja. Yang penting dia itu dapat ditunjuk sama kepala lingkungan masingmasing. Artinya dia membawahi banjar, memang warga asli sana.” (Yudiartha, Komunikasi Personal, 30 Juni 2018)

“Jumantik? Ada.. syarat ada.. Untuk menjadi seorang jumantik itu ee.. dia harus berwarga..warga di sini.. di wilayah kelurahan Sesetan dan masuk minimal tamatan SMA, punya SIM C, dan sekarang harus punya HP android untuk akses komunikasi.” (Gita, Komunikasi Personal, 11 Juni 2018)

“Kalau kualifikasi dari kader Jumantik itu ee.. mereka ... ee.. saat ini mereka tamatan SMA.. tamatan SMA sederajat. Nah itu untuk kualifikasi khusus sementara tidak ada. Yang diprioritaskan adalah dia bisa berkomunikasi dengan baik, tamatan SMA, bisa berkomunikasi dengan baik, ee.. kemudian bisa membawa kendaraan bermotor dan berasal dari wilayah tersebut...”(Oka, Komunikasi Personal, 11 Juni 2018)

Berdasarkan penuturan ketiga informan, seorang jumantik sebagai kader kesehatan merupakan warga di wilayah kerja Puskesmas. Sedangkan kemampuan berkomunikasi menjadi salah satu kualifikasi karena selain melakukan pemantauan, jumantik juga melakukan penyuluhan secara individu. Media komunikasi juga digunakan untuk mempermudah koordinasi antara jumantik dan pemegang program P2DBD.

Dalam melakukan tugas sebagai komunikator kesehatan, terdapat integrasi/kerja sama yang dilakukan pemegang program P2DBD dengan bagian Promosi Kesehatan di Puskesmas. Promosi Kesehatan merupakan salah satu bagian Puskesmas yang bertugas untuk menyampaikan informasi mengenai tindakan preventif dalam menghadapi masalah kesehatan. Kerjasama ini menunjukkan adanya komunikasi organisasi yang berlangsung di dalam

Puskesmas. Bentuk kerja sama antara program P2DBD dan Promosi Kesehatan dapat dilihat dalam kutipan wawancara berikut:

“Fungsi puskesmas nah, di sini fungsi prom promkes, ya ... Di Puskesmas Promkes itu merupakan garda terdepan, garda utama di Puskesmas. Di situ, kita kayak line yang terdepan bagaimana kita mengkomunikasikan kepada masyarakat, baik itu programnya kita, baik kegiatan, maupun intervensi kita di masyarakat. Jadi promkes itu masuk ke semua program, hampir semua program kita masuk, kerjasama, gitu...” (Vera, Komunikasi Personal, 20 Juni 2018)

“Kalau dari struktur puskesmas, risiko itu bisa banyak sih... di sini kan ada program Promkes kan, promkesnya bisa...artinya kalau ke lapangan dikhususkan untuk informasi dbd bisa langsung ke supervisor dbd bersama kordinator. Untuk di dalam ruangan biasanya bagian Promkes.” (Yudiarta, Komunikasi Personal, 30 Juni 2018)

“...Nah.. untuk penyampaian informasi kepada warga terkait dengan penanggulangan DBD itu dilakukan oleh kami di pengelola program kan...yang terdiri dari tiga itu.. Jumantik selaku mereka pemantauan mereka ke rumah-rumah melakukan pembinaan dan sosialisasi tentang kegiatan PSN.. tentang 4M Plus itu..Kemudian bisa juga kita melakukan integrasi dengan program-program Promkes atau Promosi Kesehatan. Promkes misalnya...eee... ikut juga waktu dia penyuluhan. Itu kana ada waktu penyuluhan DBD itu bisa dilakukan waktu kegiatan Posyandu, dan apa itu.. pertemuan-pertemuan.. seperti itu” (Oka, Komunikasi Personal, 11 Juni 2018)

“Ooo di DB nya kalau misalnya secara khusus, kalo ada pasien biasanya berkaitan langsung dengan perawat atau dokter atau paramedik yang ada di pelayanan umum saat itu. Tapi kalau pencegahan dan promotif ya promosi kesehatan yang bertanggung jawab untuk menyebarkan informasi itu.” (Kharismawati, Komunikasi Personal, 11 Agustus 2018)

Berdasarkan penuturan informan, integrasi antara P2DBD dan Promosi Kesehatan dapat dilakukan. Secara umum, menurut informan Kharismawati, Promosi Kesehatan bertugas untuk menyebarkan informasi preventif. Promosi Kesehatan tidak hanya berfokus pada satu jenis masalah kesehatan seperti demam berdarah *dengue*. Namun, bagian tersebut dapat bekerjasama dengan program pencegahan lainnya seperti HIV dan permasalahan kesehatan lainnya. Dalam

integrasinya dengan program P2DBD, penyuluhan dapat dilakukan di pusat-pusat keramaian melalui penyuluhan keliling, Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu), maupun pertemuan-pertemuan/rapat.

Terdapat tiga poin utama terkait posisi Puskesmas sebagai organisasi kesehatan bagi masyarakat di wilayah kerja. Berdasarkan data yang didapatkan, peneliti melihat bahwa Puskesmas memiliki posisi sebagai organisasi yang melakukan pemantauan (*surveillance*) dan pencegahan Kejadian Luar Biasa di wilayah kerja. Pemantauan yang dilakukan terkait dengan upaya mencegah Kejadian Luar Biasa (KLB). Demam berdarah *dengue* adalah salah satu penyakit yang dipantau oleh Jumentik. Seperti yang disampaikan dalam kutipan wawancara berikut:

“Tugasnya sih yang pertama mencari data 30 KK, kemudian mengecek jentik door to door kepada masyarakat, terus melakukan penyuluhan akan pentingnya penyakit dbd, terus ee... bagaimana jika...pencegahannya bagaimana, melakukan PSN, itusih kita lakukan setiap hari selain juga membawa abate ngasi masyarkat.” (Kalmiani, Komunikasi Personal, 20 Juni 2018)

“...Tetep tugas jumentik yang pertama pemantauan. Pemantauan jentik di seluruh wilayah, memang dibagi-bagi per harinya...sehingga mencakup...eee...satu bulan itu paling engga semua akan dapet terpantau...begitu...” (Sasmita, Komunikasi Personal, 11 Juni 2018)

Menurut kedua informan, Jumentik memiliki tugas sebagai pemantau kesehatan di wilayah kerja. Bagi informan Sasmita, tugas utama jumentik adalah pemantauan. Begitupula menurut informan Kalmiani, jumentik juga melakukan penyuluhan tentang DBD. Penyampaian informasi kesehatan kepada warga ini menjadi poin kedua peran Puskesmas sebagai organisasi kesehatan. Berdasarkan

data yang didapatkan, peneliti melihat posisi Puskesmas sebagai penyuluh kesehatan. Hal ini disampaikan dalam kutipan wawancara berikut:

“...Nah.. untuk penyampaian informasi kepada warga terkait dengan penanggulangan DBD itu dilakukan oleh kami di pengelola program kan...yang terdiri dari tiga itu.. Jumantik selaku mereka pemantauan mereka ke rumah-rumah melakukan pembinaan dan sosialisasi tentang kegiatan PSN.. tentang 4M Plus itu..Kemudian bisa juga kita melakukan integrasi dengan program-program Promkes atau Promosi Kesehatan. Promkes misalnya...eee... ikut juga waktu dia penyuluhan. Itu kana ada waktu penyuluhan DBD itu bisa dilakukan waktu kegiatan Posyandu, dan apa itu.. pertemuan-pertemuan.. seperti itu” (Oka, Komunikasi Personal, 11 Juni 2018)

Puskesmas juga memposisikan dirinya sebagai pembina masyarakat. Pembinaan masyarakat dilakukan untuk mewujudkan kemandirian masyarakat dalam perilaku kesehatan contohnya dalam program Gema Petik (Gerakan Mandiri Pemantau Jentik) dan Jumantik Cerdas di sekolah. Tidak hanya memberi informasi kesehatan, Jumantik juga melibatkan masyarakat untuk menjadi mandiri. Hal ini terlihat dari kutipan wawancara berikut:

“ya...kita bimbing dia...kita bimbing dia biar dia bisa cara mengisi kartu...biar dia bagaimana caranya menguras bak mandi yang benar....seperti itu“(Tiara, Komunikasi Personal, 3 Agustus 2018)

“... masing-masing Jumantik itu punya dia daerah binaan. Kan itu... Satu gang membina sepuluh keluarga. Selama satu bulan mereka bina keluarga itu supaya mereka itu mandiri atau mau sebagai Jumantik Mandiri...” (Oka, komunikasi personal, 11 Juni 2018)

“...Kemudian di sekolah-sekolah ada juga pembentukan Jumantik Cerdas seperti yang saya jelaskan kemarin... Itu rutin juga kita lakukan...pada anak-anak SD untuk menimbulkan kewaspadaan dari risiko penularan penyakit DBD pada anak usia dini, khususnya anak SD...” (Oka, Komunikasi Personal, 19 Juni 2018)

Pelaksanaan peran dan tugas Puskesmas sebagai organisasi kesehatan juga terlihat di dalam visi-misi organisasi. Visi dan misi organisasi diwujudkan ke dalam program Puskesmas. Hal ini menyebabkan nilai-nilai organisasi juga

tercermin dari program yang dilaksanakan seperti PSN, 4MPlus, Gema Petik, dan Jumantik Cerdas. Seperti penuturan informan berikut:

“....Untuk visinya prima dalam pelayanan eee terkait dengan DBD? Mungkin itu masuk ke...misi, misi yang nomer 2 ya... itu melaksanakan pembinaan kesehatan guna mendukung kemandirian masyarakat. Nah, di sana ada katanya kemandirian masyarakat untuk hidup bersih dan sehat serta berwawasan lingkungan. Mungkin misi itu yang cocok kaitannya dengan... apa namanya... upaya penanggulangan DBD....” (Oka, Komunikasi Personal, 11 Juni 2018)

Puskesmas I Denpasar Selatan memiliki visi untuk menjadi organisasi yang prima dalam pelayanan kesehatan. Menurut penuturan informan Oka, terkait dengan risiko terjangkit DBD, misi organisasi yang tercermin di dalam program P2DBD adalah melaksanakan pembinaan kesehatan guna mewujudkan kemandirian masyarakat. Hal ini juga menunjukkan posisi Puskesmas sebagai pembina masyarakat.

Berdasarkan pemaparan data informan di atas, terlihat bahwa Puskesmas memposisikan dirinya tidak hanya sebagai organisasi yang menyampaikan informasi kesehatan, tetapi juga sebagai pembina masyarakat. Melalui jumantik sebagai kader kesehatan, Puskesmas melibatkan masyarakat dalam upaya pencegahan risiko kesehatan. Begitu pula dengan keberadaan Promosi Kesehatan yang mempromosikan tindakan preventif sebelum permasalahan kesehatan muncul.

Peneliti juga menemukan data mengenai posisi Puskesmas yang dipaparkan informan akademisi bidang ilmu komunikasi. Pertama, terkait dengan kinerja Puskesmas, informan akademisi berpendapat bahwa terdapat beberapa kategori yang mempengaruhi kinerja seperti akses terhadap informasi Dinas

Kesehatan, akses ke kota, dan pelatihan yang diterima (Dr. Susanne Dida, M.M., Komunikasi Personal, 10 Mei 2018). Berdasarkan wawancara yang dilakukan, secara ideal Puskesmas merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan masyarakat. Sebagai ujung tombak pelayanan, Puskesmas diharapkan memiliki kemampuan dasar untuk mengomunikasikan informasi kesehatan. Sebelum melakukan fungsi penyuluhan, Puskesmas dapat mengidentidikasi bahasa pengantar, pendekatan kepada masyarakat, karakteristik masyarakat dan adat setempat. Hal tersebut disampaikan oleh informan akademisi berikut ini:

“Ya.. artinya Puskesmas kan sebagai ujung tombak pelayanan dasar masyarakat yah.. kesehatan dasar masyarakat.. ya harusnya sih dia punya basic. Artinya, ketika melakukan penyuluhan kepada masyarakat dia harus tahu benar budaya masyarakat setempat..ya..ee.. pengantar bahasa yang disampaikan.. kalau masyarakatnya tidak bisa Bahasa Indonesia gimana? Yakan.. pendekatannya seperti apa? Pendidikan masyarakatnya seperti apa? Kebisaaannya seperti apa? Larangannya seperti apa?...” (Dr. Susanne Dida, MM., Komunikasi Personal, 10 Mei 2018)

Berdasarkan wawancara tersebut, Puskesmas diharapkan mengetahui dasar-dasar budaya setempat. Selain itu, program yang dilakukan Puskesmas secara ideal diharapkan memiliki peran yang memberdayakan masyarakat. Informan menyampaikannya dalam kutipan wawancara berikut:

“...Karena intinya kan program dibuat untuk empowerment, jadi untuk memberdayakan masyarakat kan ada empowerment. Jadi masyarakat itu harus empowered, harus melek, harus berdaya. Iya dong.. Bukan petugasnya harus pintar juga.. dianya juga harus berdaya...”(Dr. Susanne Dida, M.M., Komunikasi Personal, 10 Mei 2018)

Berdasarkan wawancara yang telah dilakukan kepada akademisi di bidang ilmu komunikasi, beberapa hal yang dapat diperhatikan Puskesmas dalam fungsi penyuluhan kesehatan adalah karakteristik masyarakat, budaya setempat dan

strategi komunikasi yang digunakan. Peneliti melihat bahwa pengetahuan tersebut menjadi dasar bagi Puskesmas untuk menerapkan program di wilayah kerja. Sehingga, program yang dilakukan tidak hanya bersifat satu arah, tetapi juga memberdayakan masyarakat.

2. Strategi Komunikasi Risiko Kesehatan dan Bentuk Informasi yang Disampaikan

Kategori ini bertujuan untuk memaparkan bagaimana strategi yang dilakukan Puskesmas dalam menyampaikan informasi risiko kesehatan. Kategori ini mencakup bentuk informasi dan bagaimana informasi mengenai risiko demam berdarah *dengue* disampaikan kepada masyarakat di wilayah kerja. Data dalam kategori ini didapatkan dari informan petugas kesehatan di kedua Puskesmas.

Terdapat sejumlah perbedaan yang muncul dalam strategi komunikasi program P2DBD seperti Jumantik dan Promosi Kesehatan. Perbedaan tersebut mencakup target khalayak pesan kesehatan. Begitu pula dengan cara penyampaian informasi, jumantik melakukan komunikasi antarpribadi sedangkan promosi kesehatan lebih bersifat massif. Walaupun demikian, seperti yang telah disebutkan pada bagian sebelumnya kerjasama antara keduanya dapat dilakukan. Secara singkat perbedaan tersebut dapat dilihat dalam tabel berikut:

Tabel 4. 5 Perbandingan Strategi Petugas Jumantik dan Promosi Kesehatan

Jumantik (Kader Kesehatan)	Promosi Kesehatan
1. Komunikasi bersifat antarpribadi 2. Target pesan adalah individu 3. KIE kepada masyarakat 4. Menyampaikan informasi dari	1. Komunikasi bersifat massal 2. Target pesan dalam skala yang besar (kelompok/masyarakat) 3. Konseling Mandiri

Puskesmas ke masyarakat	4. Identifikasi permasalahan dan upaya pencegahan 5. Media cetak dan elektronik
-------------------------	--

Sumber: Data diolah peneliti

Sebagian besar pemegang program P2DBD dan jumantik yang diwawancarai mengatakan bahwa komunikasi yang dilakukan kepada masyarakat di wilayah kerja adalah komunikasi *face-to-face*, yang tergolong sebagai komunikasi antar pribadi. Komunikasi antarpribadi terjadi karena Jumantik melakukan pemantauan yang turun langsung ke rumah-rumah warga. Hal tersebut terlihat dalam beberapa kutipan wawancara berikut:

“Kalau jumantik dia, setiap hari turun, dia langsung ngasi ceramah tentang dbd di masing-masing rumah itu secara personal face-to-face entah siapa yang ditemui. Sehabis dia melakukan pemeriksaan, atau sebelum melakukan pemeriksaan bisa aja dia n ngasi penjelasan dulu tentang dbd pada penunggu rumah. Atau sebelum ngecek bisa, risikonya mereka dibawa. Artinya setiap kali dia ke lapangan dia pasti ngasi informasi terupdate tentang dbd. Selain dbd juga mereka sekarang kan di sematkan sebagai kader kesehatan. Segala macam informasi kesehatan terupdate di puskesmas, mereka dah yang paling terdepan untuk ngasi informasi di masyarakat.” (Yudiartha, Komunikasi Personal, 30 Juni 2018)

“Cara penyampaiannya dengan melakukan sosialisasi. Pertama door to door waktu dia eee.. pemantauan itu. Langsung jumantiknya melakukan sosialisasi... pembinaan. Kemudian yang kedua dengan penyuluhan masyarakat, yang dilakukan oleh kami di apa namanya...pengelola program... dan juga integrasi dengan Promkes. Nah waktu kami melakukan sosialisasi Jumantik Cerdas itu juga langsung, dengan sekolah, dengan guru-guru juga ada di sana, siswa juga...” (Oka, Komunikasi Personal, 11 Juni 2018)

“Cara tetep kita melalui personal...komunikatif personal...setiap jumantik turun. Karena jumantik turun eee.. maksimal berdua, berdua per gang gitu. Jadi di sana mereka berdua eee...satu mungkin memantau, satunya memberikan penyuluhan secara personal. Penyuluhannya selain dari informasi-informasi Puskesmas yang penting misalnya ada imunisasi ataupun eee... di rumah tersebut ada ibu hamil yang harus kita deteksi, atau ada penyakit-penyakit menular lain yang harus kita deteksi, khususnya untuk DBD kita juga terus menginformasikan tentang eee...pencegahannya dengan 3M Plus...eh 4M Plus...” (Sasmita, Komunikasi Personal, 11 Juni 2018)

Dalam komunikasi yang dilakukan, bentuk informasi yang disampaikan oleh petugas kesehatan meliputi apa itu demam berdarah *dengue*, cara pencegahan, himbauan PSN, risiko demam berdarah *dengue* dan risiko tindakan *fogging*. Jumantik juga melakukan hal tersebut yang ditunjukkan dalam kutipan wawancara berikut:

“Misalkan cara mencegah dbd bagaimana, kemudian risiko kalo terkena dbd bagaimana, kemudian fatal kan akibatnya, itu sih yang bisa kita sampaikan” (Kalmiani, 20 Juni 2018)

“Ada.. jelas ada. Eee.. itu kan ee... apa namanya potensi terjadinya dbd itu kan bertambah. Nyamuk aedes itu kan suka hinggap di daerah-daerah yang memiliki genangan air. Nah jadi kita menyampaikan kepada warga untuk apa namanya.. memutus rantai penularan penyakit tersbut dengan cara melakuakn 4M Plus diantaranya yaitu: menutup, mendaur ulang, ... dan memantau...” (Oka, Komunikasi Personal, 11 Juni 2018)

“Itu dah... untuk pemantauan jentiknya, rajin menguras bak mandi, terus disekelilingnya juga dipantau, serpti itu, kayak carat coblong...gininya penjor...lubang penjor kayak gitu itu harus ditutup...” (Martini, Komunikasi Personal, 11 Juni 2018)

Informasi yang disampaikan Jumantik meliputi cara pencegahan dengan menghimbau masyarakat di wilayah kerja untuk melakukan PSN. Sedangkan informasi risiko disampaikan dengan menyampaikan kerugian materil dan waktu yang dialami seseorang apabila terjangkit demam berdarah *dengue*. Berdasarkan observasi yang peneliti lakukan pada kegiatan Gertak di Desa Sidakarya Denpasar Selatan dan Sumerta Kaja Denpasar Timur, jumantik melakukan penyampaian informasi pencegahan demam berdarah *dengue*. Penyampiannya cukup singkat karena dilakukan setelah jumantik selesai melakukan pemantauan jentik di rumah warga. Ketika ditemukan adanya jentik di rumah warga, maka petugas Jumantik menghimbau penggunaan bubuk abate dan membersihkan lingkungan sekitar dari air yang menggenang.

Jika Jumantik sebagai kader kesehatan melakukan komunikasi antarpribadi kepada warga di wilayah kerja, di sisi lain petugas Promosi Kesehatan memiliki khalayak yang lebih luas. Khalayak yang lebih luas terdapat pada kegiatan penyuluhan PKK (kelompok), sekolah, maupun kegiatan sosialisasi yang diundang desa. Melalui Puskesmas Keliling, petugas Promosi Kesehatan juga dapat menysasar khalayak di tempat umum. Informan Kharismawati menuturkan bahwa Puskesmas I Denpasar Selatan pernah melakukan penyuluhan di tempat umum seperti pasar. Seperti penuturan informan berikut:

“....Jadi memang kalo kita waktu penyuluhan keliling itu kan... massa ya...tapi tidak menysasar per orangan. Di sana kita kita berhenti di pasar yang lagi krodit, memang itu target sasarannya harus di tempat yang banyak orang...”(Kharismawati, 11 Agustus 2018)

Selain komunikasi antarpribadi dan kelompok, petugas kesehatan juga melakukan advokasi lintas-sektor. Advokasi lintas-sektor bertujuan untuk menjalin informasi antara organisasi dengan tokoh masyarakat di wilayah kerja, seperti lurah atau kepala lingkungan. Hal ini juga untuk mencegah kendala komunikasi yang dapat muncul ketika melakukan penyuluhan kepada warga. Advokasi lintas-sektor terlihat dalam kutipan wawancara berikut:

“Lintas sektor kalau memang tidak terjadi masalah seperti sekarang sih, cuman menyampaikan hasil seberapa ABJ kasus DBD mungkin kasusnya berapa. Kalau memang terjadi urgensi, mungkin di lintas sektor kita sampaikan hasil, kita kasi masukan seperti ini. Kita tunggu feedback dari masing-masing modelnya kepala desa/lurah. Linsek itu kan banyak tu melibatkan orang dari kecamatan, desa/lurah. Di tingkat kecamatan kan banyak, ada dari misalnya dinas pendidikan dari dinas macem-macem lah, dari keamanan juga ada. Kita tampung semua masukannya seperti apa, baru kita bisa action di bawah, seperti itu.” (Yudiartha, Komunikasi Personal, 3 Agustus 2018)

“Eee.. pendekatan itu sih biasanya langsung waktu kita ke lapangan secara langsung melakukan pendekatan seperti itu. Dan biasanya pendekatan kita lakukan pada kepala lingkungan. Kepala lingkungan atau lintas sektor. Karena kan di awal, apa namanya tu, di awal bulan kita juga mengirimkan jadwal di mana kita akan melakukan kegiatan pemantauan, kepada masing-masing desa lurah, nah kebetulan kita juga menjaga hubungan dengan desa lurah, supaya kegiatan-kegiatan, program kita juga bisa diterima dengan baik oleh mereka dan apa namanya, kan mereka bisa mengajak warga, untuk menggerakkan masyarakatlah, menggerakkan warganya untuk menerima atau ikut melaksanakan program kita...” (Oka, Komunikasi Personal, 11 Juni 2018)

“Advokasi dulu kita ke tokoh masyarakat. Setempat... Kita tidak boleh ke sana langsung memberikan tiba-tiba. Kita harus advokasi dulu apalagi kalo skalanya besar, advokasi dulu ke tokoh masyarakat baik kaling atau kepala desa, kondisi masyarakatnya gimana, sifat dari kelompok masyarakatnya disana, apa bisa nggak menerima dengan cara yang akan kita lakukan, efektif atau tidak ya tergantung nanti keputusan kaling. Kalau memang disetujui, lanjut. Kalo tidak, ya kita cari cara lain...” (Kharismawati, Komunikasi Personal, 11 Agustus 2018)

Berdasarkan penuturan informan, advokasi lintas sektor juga bertujuan untuk mengetahui bagaimana kondisi masyarakat di wilayah kerja. Selain itu, advokasi bertujuan untuk memberitahu pihak tujuan tentang program yang akan dilakukan. Maka dari itu, Puskesmas menjalin hubungan baik dengan tokoh-tokoh masyarakat yang dinilai dapat menggerakkan masyarakat untuk melakukan program Puskesmas khususnya untuk mengurangi risiko terjangkit demam berdarah *dengue*.

Dalam melakukan komunikasi kepada masyarakat di wilayah kerja, baik petugas Jumantik maupun Promosi Kesehatan menggunakan media komunikasi. Berdasarkan penuturan informan dan dokumentasi yang dilakukan, media komunikasi yang digunakan petugas kesehatan meliputi media dan media elektronik. Bahkan, informasi kesehatan juga dapat disisipkan dalam pentas budaya atau tari-tarian. Seperti yang disampaikan oleh informan berikut:

“...Nah..dari Promkes itu seperti yang saya bilang tadi itu kita ada 2 kan penyuluhan...dalam gedung dan luar gedung. Nah dalam gedung itu sendiri itu ada penyuluhan langsung dan tidak langsung. Nah langsungnya sendiri kita penyuluhan kepada pasien dan pengantar pasien. Sambil dia nunggu waktu juga kan. Kalau penyuluhan tidak langsungnya kita pasang leaflet, kita pasang brosur, trus di papan pengumuman juga ada, terus pemutaran DVD gitu. Kalau penyuluhan di luar itu, kita semuanya sih ke sekolah-sekolah, ke banjar juga, karena ke banjar itu kan masuk ke Posyandunya juga...” (Vera, Komunikasi Personal, 20 Juni 2018)

“...Kalo massa dengan apanamanya...bebondresan...apa ya bahasa indonesianya...tari-tarian atau pertunjukan yang misalnya ada yang dari humoris itu lo, ada kelompok grup lawak memang di denpasar ada di di...dikordinirkan untuk itu. Kalau kita ada pertunjukkan masa misalnya ulantahun STT kan banyak orangnya, kita bisa mengundang itu...”(Kharismawati, Komunikasi Personal, 11 Agustus 2018)

Penyampaian informasi tentang risiko demam berdarah *dengue* menurut informan Vera tidak hanya ada di pemegang program P2DBD, tetapi juga di program Perilaku Hidup Bersih dan Sehat yang disosialisasikan oleh bagian Promosi Kesehatan (Vera, Komunikasi Personal, 20 Juni 2018). Hal ini menunjukkan adanya kemungkinan bagi pemegang program P2DBD dan bagian Promosi Kesehatan untuk bekerjasama mengomunikasikan informasi kesehatan, khususnya risiko terjangkit demam berdarah *dengue*.



Gambar 4. 1 PHBS Promosi Kesehatan

Sumber: Dokumentasi Peneliti

Terkait dengan media komunikasi risiko kesehatan, Puskesmas I Denpasar Timur menggunakan stiker dengan *framing* pesan yang berbeda dari Puskesmas I Denpasar Selatan. Menurut informan Yudiarta, Puskesmas I Denpasar Timur memiliki inovasi stiker Rubastik (Rumah Bebas Jentik) yang ditempel apabila sebuah rumah terbebas dari jentik nyamuk selama 3 kali berturut-turut (Yudiarta, Komunikasi Personal, 20 Juni 2018). Sedangkan Puskesmas I Denpasar Selatan memiliki inovasi stiker Zona Jentik. Stiker tersebut ditempel apabila sebuah rumah positif jentik nyamuk dan akan dilepas ketika pemantauan selanjutnya dinyatakan bersih (Gita, Komunikasi Personal, 19 Juni 2018). Adapun tujuan pemasangan stiker tersebut disampaikan dalam kutipan wawancara berikut:

“Untuk stiker itu sih fungsinya lebih ke memberikan efek rasa malu. Efek rasa malu kepada warga yang apa namanya... itu kan gini, sistemnya gini, untuk warga yang ditemukan jentik di penampungan air di rumahnya, itu akan ditempel stiker. Stiker Zona Waspada Jentik. Zona Waspada Jentik itu nama stikernya. Nah itu akan... di stikernya itu akan terlihat TPA mana yang ada jentiknya....” (Oka, Komunikasi Personal, 19 Juni 2018)

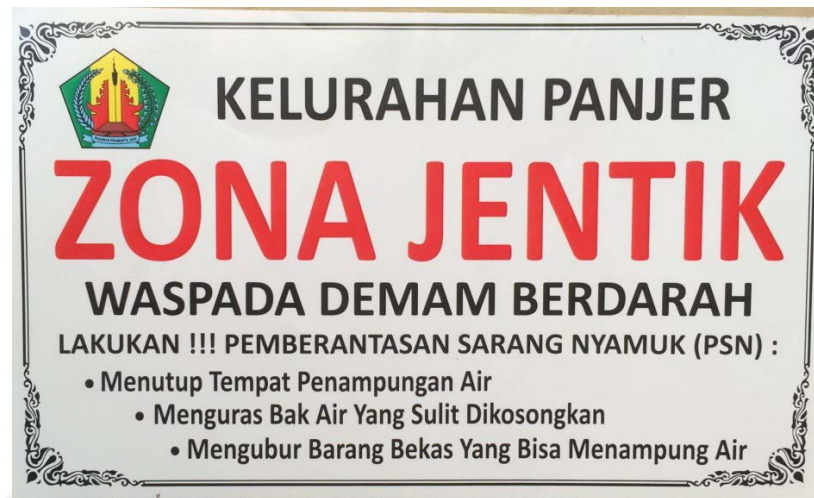
“Maksud dari pemasangan kita di jumentik untuk pemasangan stiker zona jentik itu supaya biar supaya masyarakat mau eee melakukan PSN di rumahnya masing-masing agar tidak ada jentik. Paling enggak kan kita PSN itu di sekitar rumah dulu biar pemilik rumah itu mau membersihkan rumahnya itu maksud kita menempelkan stikernya itu...” (Sugiantara, Komunikasi Personal, 19 Juni 2018)

Pemasangan stiker tersebut di wilayah Puskesmas I Denpasar Selatan bertujuan untuk memberi efek jera bagi warga yang masih ditemukan jentik di dalam rumahnya. Selain itu, pemasangan stiker dianggap dapat mengajak masyarakat di wilayah kerja melakukan kegiatan PSN untuk mencegah risiko terjangkit demam berdarah *dengue*. Berdasarkan penuturan tersebut peneliti melihat adanya upaya kedua Puskesmas untuk mengonstruksi persepsi masyarakat tentang penyakit demam berdarah *dengue*. Upaya mengonstruksi persepsi masyarakat ditunjukkan dalam *framing* pesan yang berbeda.



Gambar 4. 2 Stiker Inovasi Puskesmas I Dentim

Sumber: Dokumentasi Peneliti



Gambar 4. 3 Stiker Inovasi Puskesmas I Densel

Sumber: Dokumentasi Peneliti

Petugas kesehatan juga memperhatikan aspek bahasa sebagai pengantar komunikasi. Sebagian besar informan petugas kesehatan di kedua Puskesmas menuturkan bahwa bahasa disesuaikan dengan kondisi masyarakat. Peneliti melihat adanya upaya pendekatan dengan masyarakat di wilayah kerja. Penggunaan Bahasa Bali lebih sering dilakukan kepada masyarakat asli sedangkan Bahasa Indonesia digunakan untuk masyarakat pendatang. Hal ini disampaikan dalam kutipan wawancara berikut:

“Penerapannya...Mungkin dengan cara kita sendiri sih masing-masing Jumantik itu punya karakternya sendiri nggak sama kok. Misalnya Jumantik ini, dia menyampaikannya dengan cara “Mbok” dengan bahasa Bali lah istilahnya “De ngene...ngene..ngene” istilahnya. Ada juga yang pendekatannya secara formal, “Ibu jangan begini..begini...” itu sih yang mereka terapkan dengan caranya masing-masing agar warga nggak merasa bosan dengan kita karena kita akan rutin setiap hari ke sana.” (Kalmiani, Komunikasi Personal, 20 Juni 2018)

“Kalau orang lokal Bali kan kita orang Bali ya... lebih enak dekat, bahasa lokal digunakan. Kalo sama orang luar kita pake Bahasa Indonesia sama sih prosedurnya. Cuma tata bahasa nya itu..” (Yudiartha, Komunikasi Personal, 3 Agustus 2018)

“Pertama dari bahasa. Kalau bahasa apa penduduk asli, memang lebih ke bahasa bali lebih ke bahasa sehari-harinya, bahasa bali alus, itu lebih mudah memang masuknya daripada pendatang. Pendatang itu kendalanya bukan di masalah bahasa pun cara komunikasinya, tapi lebih di waktunya, di waktunya itu...sama beberapa di stigma mereka.”(Sasmita, Komunikasi Personal, 11 Juni 2018)

Terkait dengan prosedur, sebelum melakukan pemantauan, Jumantik memperkenalkan diri terlebih dahulu. Setelah itu jumantik melakukan tugas pemantauan dan penyuluhan individu. Hal ini ditunjukkan dalam kutipan wawancara berikut:

“Pertama kita datang, menyampaikan salam nike, terus memantau, cek jentik nyamuknya di bak mandi kalau mereka pake bak mandi, kalau nggak kita pantau sekelilingnya, kadang-kadang ada tanaman air yang gak isi ikannya, kita usahakan, kita sampaikan kalau memang mau dibiarkan arinya lebih tinggi dari tanahnya dia nike, disarankan untuk diisi ikan. Terus tempat-tempat minum burung, trus ember-ember yang di belakang rumah. Kadang mereka eee.. bersihnya di depan aja...di belakang msaih ada sisa “Bu ini ada embernnya masih ada...”kalau ibu memang tidak pakai sebaiknya dibuang saja.”(Martini, Komunikasi Personal, 11 Juni 2018)

Selain informasi mengenai risiko demam berdarah *dengue*, petugas kesehatan juga menyampaikan informasi mengenai risiko tindakan yang dilakukan. Contohnya adalah *fogging*. Berdasarkan wawancara yang dilakukan kepada sejumlah warga di Desa Sidakarya dan Sumerta Kaja, *fogging* masih dipandang sebagai solusi mengurangi risiko demam berdarah *dengue*. Di sisi lain, petugas kesehatan di kedua Puskesmas menganggap tindakan tersebut memiliki risiko kesehatan sehingga tidak disarankan untuk dilakukan. Pelaksanaan tindakan *fogging*, khususnya *fogging fokus*, didasarkan pada kriteria tertentu. Hal tersebut disampaikan dalam kutipan wawancara berikut:

“...Kalau terlanjur ada kasus di sekitar itu, kalo pas ada fogging, memberitahu, menghimbau dulu kepada masyarakat agar keluar dulu dari rumah kalo pada saat sudah ada fogging. Kalau nggak menghimbau

kepada masyarakat, karena efek kesehatannya banyak. Bisa batuk, bahkan beracun itu sih..." (Kalmiani, Komunikasi Personal, 20 Juni 2018)

"Untuk fogging ya...ngga bagus. Ndak bagus untuk kesehatan. kalau kita biasanya menyarankan fogging ke warga, kalau dalam 1 gang, 1 gang ada 30 atau 10 rumah... terjangkau kena DB 3 orang dalam satu gang itu, baru kita, baru kita apatu namanya, kita sarankan kita buat ke dinas minta untuk fogging. Kalau pasiennya cumin ada 1, dan lingkungan sekitarnya bersih, kita tidak menjalankan, tapi kita menjelaskan. Kan biasanya warga tu "Kok nggk fogging bu, kok ngga fogging? Kok ngga fogging?" gitu..."Bu fogging itu tidak bagus, tidak baik buat kesehatan. ataupun ya.. itudah, kita kasitau, kita beri syaratnya."(Gita,Komunikasi Personal, 19 Juni 2018)

"...Kita berusaha menjelaskan pada masyarkat hal yang paling utama untuk pemberantasan jentik itu bukan fogging yang menyelesaikan. Seperti nika. Yang utama adalah pemberantasan sarang nyamuknya. Untuk fogging nika, menysar nyamuk dewasa, seperti itu..Jadi yang perlu Ibu, Bapak, atau Adik lakukan di rumah adalah membersihkan jentik, membersihkan lingkungan, wilayah nika, mengurus bak mandi, jangan menggantung pakaian di belakang-belakang pintu...kenten."(Martini, Komunikasi Personal,11 Juni 2018)

Untuk memperbaharui informasi yang diterima oleh Jumantik sebagai kader kesehatan, Puskesmas biasanya melakukan kegiatan *refreshing* atau penyegaran kader. Informan petugas kesehatan di Puskesmas I Denpasar Timur menuturkan adanya *refreshing* bertujuan untuk pemberian informasi tambahan kepada kader. Informan Kalmiani menuturkan bahwa Jumantik memiliki waktu *refreshing* setiap tiga bulan sekali. Hal ini disampaikan dalam kutipan wawancara berikut:

"Refreshing dijelaskan mengenai risiko dbd aja, karena seputaran kita tugasnya hanya itu. Ngga ada lebih aja...kebetulan ndak ada tambahan dari Puskesmas biasanya mencari ibu hamil, mencari yang kena TBC, itu sih yang ditugaskan Puskesmas untuk kita..."(Kalmiani, Komunikasi Personal, 20 Juni 2018)

Berdasarkan wawancara yang dilakukan kepada informan di Puskesmas, peneliti melihat bahwa terdapat perbedaan persepsi antara masyarakat dengan

organisasi kesehatan mengenai risiko demam berdarah *dengue*. Selain itu, berbagai media komunikasi digunakan untuk menyampaikan dan mengonstruksi informasi demam berdarah *dengue*. Peneliti juga melihat bahwa aspek sosiokultural seperti bahasa dan *opinion leader* menjadi strategi komunikasi risiko petugas kesehatan.

Begitu pula dengan data yang peneliti temukan melalui wawancara bersama akademisi bidang ilmu komunikasi dan budaya. Pendekatan menjadi poin penting di dalam strategi komunikasi yang dilakukan Puskesmas. Menurut Dr. Susanne Dida, M.M. (Komunikasi Personal, 10 Mei 2018) beberapa aspek yang dapat mempengaruhi penerimaan masyarakat meliputi keadaan ekonomi, tingkat pengetahuan, dan sistem sosial. Maka dari itu, pemuka masyarakat menjadi sosok yang didekati. Hal tersebut disampaikan dalam kutipan wawancara berikut:

“...Akses terhadap ekonomi, tingkat pengetahuan, sistem sosial. Jadi kalau masyarakatnya sistem sosialnya tidak bisa langsung kita kunjungi, dan harus melalui pemuka masyarakat...deketin dong pemuka masyarakatnya. Jadi bantu untuk mengumpulkan dia.. lantas kita yang ngasi penyuluhan” (Dr. Susanne Dida, M.M., Komunikasi Personal, 10 Mei 2018)

Terkait dengan pendekatan dalam penyampaian informasi kesehatan, petugas Puskesmas juga dapat melakukan *home-visit* (kunjungan ke rumah-rumah warga) untuk melakukan penyuluhan. Melalui pengalaman riset informan, petugas kesehatan melakukan pendekatan kepada masyarakat melalui penyesuaian kegiatan dan kebiasaan masyarakat. Seperti yang disampaikan dalam kutipan wawancara berikut:

“Iya.. iya.. kan ada home visit. Ada home visit. Kalau di puskesmas kan terbatas waktunya.. dan sebagainya. Itu yang harus ditindak lanjuti ke rumah-rumah itu atau penyuluhan kelompok itu yang home visit itu atau penyuluhan itu harus didatangi..gitu.. dan sebagainya. Bahkan ada beberapa petugas kesehatan yang bagus yah..kita sedang panen aja.. sedang begini-begini.. ikutan juga gitu kan lucu ya...”(Dr. Susanne Dida, M.M., Komunikasi Personal, 10 Mei 2018)

Berdasarkan wawancara yang dilakukan bersama akademisi ilmu komunikasi, peneliti melihat bahwa strategi komunikasi kesehatan memiliki beberapa poin penting. Pertama, sebelum melakukan program kesehatan, pendekatan kepada pemuka masyarakat dapat dilakukan. Kedua, penyesuaian juga dapat dilakukan dengan melihat kegiatan dan kebiasaan masyarakat di wilayah kerja.

3. Kendala Komunikasi Risiko Kesehatan

Melakukan komunikasi risiko kesehatan menjadi sebuah kegiatan yang tidak luput dari kendala. Kategori ini akan memaparkan bagaimana kendala yang dihadapi oleh petugas kesehatan ketika melakukan komunikasi kepada masyarakat di wilayah kerja. Kategori ini juga memaparkan solusi yang dilakukan untuk mengatasi kendala tersebut. Ketika turun ke lapangan, petugas kesehatan Puskesmas mengalami sejumlah kendala komunikasi. Sebagian besar informan petugas kesehatan mengatakan kendala muncul bukan karena perbedaan latar belakang budaya, tetapi karena penerimaan warga terhadap petugas kesehatan, khususnya Jumentik yang melakukan kunjungan ke rumah-rumah. Hal tersebut disampaikan oleh sejumlah informan berikut:

“...Kemudian untuk kendala di lapangan sih suka dukanya banyak. Seperti itu sih, pertama kita di tutupin pintu, kemudian anjing, kehujanan, itu sih risikonya banyak sekali. Kemudian juga riskan juga

kita yang kena kan, kita harus dilengkapi juga dengan alat-alat kerja kan seperti itu. Tapi kalau sekarang sih udah ada topi, ada masker, ada tas sudah semua.”(Kalmiani, Komunikasi Personal, 20 Juni 2018)

“...Disaat terjadi ada warga yang kena gini, kena dbd baru mereka aware sama kita. Disaat mereka masih aman-aman aja, kadang-kadang kader kita di bawah itu...warga itu cuek lah “nggih silahkan”. Kadang-kadang ada penolakan disaat itu dah disaat baru terkena penyakit baru dia menyalahkan kita...”(Yudiarta, Komunikasi Personal, 3 Agustus 2018)

“Kebanyakan warga-warga waktu didatangi, itu tidak mau keluar. Pertama tidak mau keluar, pintunya terkunci. Itu kendala pertama. Kemudian waktu dikunjungi, ada juga yang mau keluar tapi mereka dengan alasan tidak mau diperiksa daerah tempat tinggalnya. Mereka bilang “Oh saya mau kerja”, “saya buru-buru mau anter anak” seperti itu.. “Oh, saya tidak memakai bak mandi, tidak ada alat penampungan air di rumah saya” seperti itu...”(Oka, Komunikasi Personal, 11 Juni 2018)

Berdasarkan penuturan informan, peneliti melihat terdapat tiga faktor yang menyebabkan adanya kendala komunikasi. Faktor pertama adalah sifat apatis yang timbul di masyarakat sehingga beberapa warga cenderung mengabaikan petugas Puskesmas. Faktor kedua adalah pola hidup masyarakat perkotaan yang membuat sejumlah warga sibuk. Faktor ketiga adalah pengalaman buruk di masa lalu yang menyebabkan sejumlah warga memiliki kekhawatiran ketika ada orang asing yang datang ke rumah mereka.

“...Karena kebanyakan sih warga warga yang itu tu kan selain juga dia memang apanamanya tidak mau diganggu, juga mereka juga takut ada orang asing yang masuk ke rumahnya, itu takutnya kan mungkin itu, ada eee mungkin seperti pencurian, dan sebagainya. Seperti itu sih...” (Oka, Komunikasi Personal, 19 Juni 2018)

Kendala komunikasi terlihat ketika penulis mengikuti kegiatan Gertak di Desa Sidakarya dan Sumerta Kaja. Walaupun kegiatan dilakukan pada pagi hari (08.00 WITA), namun beberapa warga terlihat tidak berada di rumah. Beberapa

rumah juga tidak membuka pintu ketika petugas Jumantik datang melakukan pemantauan.

Untuk mengatasi kendala komunikasi yang terus menerus, upaya yang dilakukan petugas Puskesmas adalah melakukan kordinasi kepada kepala lingkungan. Selain itu, petugas kesehatan juga melakukan sosialisasi mengenai bubuk abate yang diberikan secara gratis. Seperti yang terlihat dalam beberapa kutipan wawancara berikut ini:

“Penolakan...Kalau berulang kali kan kita kordinasi ke pemegang wilayah wilayah, paling bawah itu kan Kaling, Kepala Lingkungan. Kalau memang Tidak bisa, ya nanti lapor ke desa lurah...”(Yudiarta, Komunikasi Personal, 20 Juni 2018)

“Kita turun jumantik semua bilang ke warga kita tidak menjual ini....kita ngasi gratis. Gitu...”(Tiara, Komunikasi Personal, 3 Agustus 2018)

“Untuk yang dikunci rumahnya, biasanya dikunjungi besoknya, besoknya. Apabila tidak diketemui lagi, rencananya si untuk saat ini apabila ada warga seperti itu kita akan coba beritahu pada kalingnya bahwa warga ini tidak respon, responnya tidak baik, rencananya kita lakukan seperti itu. Eee. Upayanya. Karena kita kan tidak bisa juga kan memaksa masuk. Kalau kita memaksa, kita juga yang salah. Tapi kalau kita tidak melakukan pemantauan, salah juga karena tugas kita seperti itu...”(Oka, Komunikasi Personal, 11 Juni 2018)

“...Oh hati-hati aja kamu saya lapor ke Pak Kaling” saya ancam seperti itu aja. Tapi mereka cuek aja gitu lo. Eee malah dia banting pintu “jder” gitu... saya bilang “Oh hati-hati kamu kamar nomor gini liat saja ya” Saya foto saya kirim kamu” karena kita tetep koordinasinya pada pak Kaling, kalau emang harus disampaikan ke Kelurahan, kita sampaikan ke Kelurahan....seperti itu....iya” (Martini, Komunikasi Personal, 11 Juni 2018)

Berdasarkan penuturan informan di Puskesmas, peneliti melihat adanya peran komunikasi lintas-sektor untuk mengatasi kendala komunikasi yang muncul. Sejumlah jumantik mengalami pengalaman buruk ketika melakukan pemantauan dan komunikasi risiko kesehatan di lapangan. Pengalaman buruk tersebut terlihat dari perilaku yang diberikan masyarakat kepada petugas jumantik.

Sebagai solusinya, keterlibatan kepala lingkungan dianggap dapat menggerakkan warga di wilayah kerja untuk mengikuti program Puskesmas.

Berdasarkan pengalaman penelitian informan akademisi ilmu komunikasi, kendala yang muncul dalam komunikasi kesehatan di Puskesmas dapat bersifat kontekstual dan terkait dengan budaya setempat. Hal tersebut disampaikan dalam kutipan wawancara berikut ini:

“Banyak... banyak...banyak.. Itu untuk khusus Jawa Barat yah.. Jadi masyarakat.. sebagian masyarakat Jawa Barat beda dengan Jawa yah.. tidak bisa Bahasa Indonesia. Maka digunakan Bahasa Sunda... atau bahasa campuran. Tempatnya juga begitu. Jadi kalau kadang kalau mau ngasih penyuluhan individu di Puskesmas, pribadi bisa sangat itu..tapi kan hanya sebentar waktunya. Karena kan pelayanan. Tapi kalau secara keseluruhan, secara umum..kalau di Puskesmas berisik, ruangnya terbatas. Biasanya ibu-ibu menggunakan fasilitas..eee.. atau petugas kesehatan..petugas kesehatan menyesuaikan dengan.. dengan fasilitas yang ada. Contohnya di Masjid, contohnya di tempat arisan, contohnya di tempat pekerjaan...” (Dr. Susanne Dida, M.M., Komunikasi Personal, 10 Mei 2018)

Pada daerah tertentu seperti Jawa Barat, bahasa pengantar menjadi sebuah kendala. Petugas Puskesmas menggunakan Bahasa Sunda untuk menjadi bahasa pengantar saat melakukan penyuluhan (Dr. Susanne Dida, M.M., Komunikasi Personal, 10 Mei 2018). Selain bahasa, kendala lainnya adalah keterbatasan ruangan dan waktu. Berdasarkan data tersebut, peneliti melihat bahwa kendala komunikasi kesehatan—khususnya komunikasi risiko—dapat bersifat kontekstual.

4. Karakteristik Masyarakat di Wilayah Kerja

Kategori ini akan memaparkan bagaimana karakteristik masyarakat di wilayah kerja. Secara umum, masyarakat di kedua wilayah kerja Puskesmas merupakan masyarakat tipe urban. Hal ini ditandai dengan mobilitas yang tinggi

serta latar belakang demografis yang berbeda-beda. Sejumlah informan di kedua Puskesmas menyatakan bahwa karakteristik masyarakat di wilayah kerjanya adalah masyarakat heterogen yang terdiri atas warga asli dan warga pendatang (luar Bali maupun luar Kota Denpasar).

Puskesmas I Denpasar Selatan memiliki 3 wilayah kerja yakni Sidakarya, Sesetan dan Panjer. Secara demografis, wilayah kerja Puskesmas I Denpasar Selatan memiliki kepadatan penduduk yang tinggi. Khususnya di wilayah Sesetan yang memiliki jumlah penduduk pendatang yang tinggi. Hal ini disampaikan oleh informan di Puskesmas I Denpasar Selatan dalam kutipan wawancara berikut ini:

“Kalau karakteristik masyarakat.. nah ini lah yang ini.. kita kan disini heterogen ya... ee.. jenis masyarakatnya. Terutama di sesetan lah, nike. Di sesetan kan banyak pendatang ya kan. Kalau bisanya warga-warga yang wed atau warga wed istilahnya di Bali, warga asli. Itu dia pasti mau menerima. Kita masuk, kita bilang dari Jumantik. Apalagi jumantiknya kan warga asli sana, warga asli banjar sana...” (Oka, Komunikasi Personal, 11 Juni 2018)

“Di sidakarya ada memang masyarakat asli, ada memang pendatang. Kalau masyarakat asli memang lebih mudah kita masuknya. Karena memang eee... sudah dikenal sama Jumantik juga, juga lebih welcome lebih menerima juga dan juga mengerti juga tentang adanya Jumantik, pentingnya Jumantik sangat membantunya adanya jumantik ini tentang penyakit DBD. Kalau pendatang kadang kita datang merka sudah berangkat kerja...” (Sasmita, Komunikasi Personal, 11 Juni 2018)

“Kalau karakteristik kita di sini, memang sangat beda dengan pedesaan. Di sini, tipenya kalo ga sakit dulu dia tidak mau peduli dengan apa yang kita bilang...pencegahan itu. Jadi memang kalo kita waktu penyuluhan keliling itu kan..massa ya...tapi tidak menyasar per orang. Di sana kita kita berhenti di pasar yang lagi kredit, memang itu target sasarannya harus di tempat yang banyak orang. Jadi pas disana mungkin ada yang mendengarkan, ada yang bilang kita ribut, mungkin ada yang memang terganggu dengan kita paker hanya beberapa menit di sana untuk memberikan informasi ya...jadi menurut saya saya sih karakteristik di sini lebih ke acuh tak acuh, karena banyak pendatang...urbanya tinggi....”(Kharismawati, Komunikasi Personal, 11 Agustus 2018)

Begitu pula dengan wilayah kerja Puskesmas I Denpasar Timur yang terdiri atas 6 wilayah. Wilayah tersebut meliputi Kelurahan Dangin Puri, Kelurahan Sumerta, Desa Sumerta Kelod, Desa Sumerta Kaja, Desa Sumerta Kauh, dan Desa Dangin Puri Kelod. Masyarakat di wilayah kerja Puskesmas Denpasar Timur I juga memiliki populasi yang lebih padat dibandingkan wilayah kerja Puskesmas Denpasar Timur yang lainnya.

“Ya kalau masyarakat kalo karakteristik kan ada yg muda ada yang tua....Banyak yang urban...pendatang...seperti itu...bukan masyarakat disini...jarang...kalau aslinya kebanyakan di satu wilayah itu tertentu aja. Seperti di tanjung bungkak kaja, kelod, sebudi. Kalau pendatang-pendatang yang banyak itu kayak di Babakan Sari. Banyak sekali pendatang...”(Tiara, Komunikasi Personal, 3 Agustus 2018)

“Yang..yang...paling dari kalo awal awal si yang sering ditemui itu...ee...ee...tidak peduli. Maksudnya bukan tidak...ya...tidak peduli baik dengan petugas, baik dengan lingkungan nya. Lingkungan sekitar rumahnya. Sampai sekarang pun ada juga yang tidak peduli dengan lingkungan kebersihan rumahnya.” (Nini, Komunikasi Personal, 23 Agustus 2018)

Berdasarkan penuturan informan di kedua Puskesmas, karakteristik masyarakat heterogen ini menyebabkan adanya perbedaan penerimaan antara warga asli (*wed*) dengan warga pendatang. Begitupula dengan komunikasi yang dilakukan Jumantik kepada warga di wilayah kerja. Warga asli cenderung menerima petugas Puskesmas karena mengetahui mereka juga bagian dari masyarakat. Sedangkan warga pendatang cenderung sulit ditemui karena kesibukan yang dimiliki. Berdasarkan penuturan salah satu informan, sifat acuh-tak acuh juga terlihat di dalam masyarakat urban (Kharismawati, Komunikasi Personal, 11 Agustus 2018). Peneliti melihat bahwa masyarakat di kedua wilayah kerja Puskesmas merupakan masyarakat heterogen. Sehingga, petugas Puskesmas

juga mengalami perbedaan penerimaan ketika berhadapan dengan warga dengan latar belakang budaya dan demografis yang berbeda-beda.

Data mengenai karakteristik masyarakat di wilayah kerja juga didapat dari wawancara bersama akademisi bidang budaya/sejarah Prof. Dr. I Gde Parimartha, MA. Menurut penuturan informan, secara umum masyarakat Bali masih mempercayai konsep *sekala-niskala*. Hal tersebut disampaikan informan dalam kutipan wawancara berikut:

“...Kuat keyakinannya dengan niskala tetapi belum mampu menghubungkan kepada implementasinya di dalam masyarakat begitu. Di dalam niskala, agama, banyak ajaran-ajaran tentang kebersihan, kesehatan, ada itu. Kalau dipelajari tattwa-tattwa itu banyak sekali hal itu, untuk merumuskan bagaimana sehat, kebersihan, penyakit itu, tapi dalam praktik kehidupan, mereka belum begitu perhatian. Masih lepas dia...” (Prof. Dr. I Gde Parimartha, MA. Komunikasi Personal, 2 Mei 2018)

Berdasarkan penuturan informan, masyarakat Bali mempercayai konsep keseimbangan *sekala-niskala*. Aspek *sekala* adalah hal-hal yang berwujud. Di dalam kesehatan dapat berbentuk pengobatan medis maupun pengobatan non-medis. Sedangkan aspek *niskala* adalah hal-hal yang tidak berwujud seperti roh, dewa-dewa, dan Tuhan. Dalam kesehatan, hal ini dapat berbentuk permohonan kesembuhan (Komunikasi Personal, 5 Juni 2018).

Faktor budaya menjadi salah satu yang dianggap berperan dalam memunculkan perilaku kesehatan. Berdasarkan penuturan informan, salah satu yang memunculkan ketidakpedulian masyarakat adalah budaya kurang hirau. Bagi informan, dalam menjalankan program komunikasi kesehatan, petugas diharapkan

untuk memantau masyarakat. Hal ini disampaikan dalam kutipan wawancara berikut:

“....Masyarakat perlu dipantau lebih sering. Dan nanti ketika sudah sering dipantau, mungkin mereka akan teringat bahwa itu salah. Nah kalau sudah pengertiannya begitu, nanti itu menjadi tradisi, barulah masyarakat mampu dengan sendirinya bergerak. Sekarang belum sampai di situ. Masyarakat masih perlu instruksi. Walaupun agama meminta kita apa.. mengajarkan kita hidup sehat dan sebagainya, tetapi itu tradisi belum mendukung...”(Prof. Dr. I Gde Parimartha, MA., Komunikasi Personal, 10 Juni 2018)

Berdasarkan data yang diperoleh dari akademisi bidang sejarah dan budaya, peneliti melihat beberapa karakteristik masyarakat Bali dalam memandang kesehatan. Pertama, secara umum masyarakat Bali masih mempercayai adanya aspek *sekala-niskala*. Kedua, dalam menyampaikan program kesehatan, masyarakat cenderung membutuhkan pemantauan dan tuntunan petugas kesehatan. Menurut informan hal ini dikarenakan masih adanya budaya kurang hirau dengan situasi di lingkungan sekitarnya.

5. Konstruksi Sosiokultural terhadap Risiko DBD

Kategori ini akan memaparkan bagaimana organisasi kesehatan memandang persepsi masyarakat mengenai demam berdarah *dengue*. Bagian ini juga akan membahas bagaimana persepsi yang muncul di masyarakat dan tindakan yang dilakukan untuk mengurangi risiko terjangkit penyakit tersebut. Kategori ini merujuk pada pemahaman individu mengenai realitas yang dibentuk oleh faktor sosiokultural seperti budaya dan kebiasaan masyarakat.

Demam berdarah *dengue* merupakan penyakit yang memiliki risiko kerugian materil dan waktu. Selain itu, dampak terburuk dari penyakit ini adalah

kematian. Upaya yang dilakukan organisasi kesehatan seperti Puskesmas adalah melakukan program P2DBD. Program tersebut mempromosikan kegiatan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) yang dibantu Jumantik sebagai kader kesehatan. Namun berdasarkan wawancara yang dilakukan, peneliti menemukan bahwa demam berdarah *dengue* dianggap sebagai penyakit yang sudah biasa terjadi. Hal ini terlihat dari kutipan wawancara berikut:

“...Hanya saja kalo ada yang bener-bener urgent kan seperti difteri yang mematikan itu yang mereka baru sampe ada yang nge WA, atau nanya, pas penyuluhan ada yang nanya ke kita. Gimana cara pencegahannya, imunisasinya gimana karena menyerangnya anak-anak. Mungkin mereka lebih khawatir dari tingkat urgensinya. Kalo dbd ya mereka biasa seperti udah penyakit lumrah, cuman kan sebenarnya menimbulkan kematian juga.” (Kharismawati, Komunikasi Personal, 11 Juni 2018)

Berdasarkan penuturan informan Kharismawati (Komunikasi Personal, 11 Juni 2018), peneliti melihat bahwa risiko demam berdarah *dengue* dianggap sebagai hal yang biasa terjadi. Peneliti melihat adanya *outrage* yang rendah dari masyarakat mengenai penyakit tersebut, walaupun memiliki potensi bahaya (*hazards*) yang menimbulkan kematian. Pendapat serupa juga terlihat dalam kutipan wawancara berikut:

“Kalau menurut saya sih masyarakat saat ini eee mereka lebih ke kuratif, jadi apabila mereka terkena dbd, mereka “ah tinggal ke dokter aja” seperti itu. Pemikirannya masih seperti itu. Tidak ada yang ke .. ee.. tidak mau ke.. melakukan pemikiran ke upaya preventif atau pencegahan seperti itu. Pasti ke kuratif. “Apabila saya kena DBD saya tinggal pergi ke fasilitas kesehatan saja...” (Oka, Komunikasi Personal, 11 Juni 2018)

Peneliti melihat adanya kecenderungan masyarakat untuk melihat demam berdarah *dengue* sebagai penyakit yang dapat ditangani secara kuratif. Langkah preventif seperti PSN dianggap sebagai pilihan kedua. Padahal, risiko yang

dimiliki apabila terjangkit DBD juga besar. Seperti yang disampaikan oleh informan berikut ini:

“Sepertinya masih ya seperti penyakit yang ga ada obatnya. Penyakit yang besar biaya perawatannya dan juga penyakit yang bisa mematikan artinya mereka seperti itu..”(Yudiartha, Komunikasi Personal, 3 Agustus 2018)

Peneliti juga menemukan adanya persepsi lain mengenai tindakan *fogging*. *Fogging* atau pengasapan merupakan tindakan yang menjadi pilihan terakhir dalam pencegahan risiko demam berdarah *dengue*. Bahkan sebagian besar informan tidak menyarankan *fogging* untuk dilakukan karena risiko kesehatan yang dibawanya. Namun terdapat pandangan di masyarakat bahwa *fogging* adalah solusi. Seperti yang disampaikan sejumlah informan berikut ini:

“...Mungkin pengertian masyarakat itu fogging menyelesaikan masalah, tapi sekarang kita memberi pengertian kepada masyarakat bahwa fogging tidak menyelesaikan masalah dbd. Yang menyelesaikan masalah dbd itu kita melakukan PSN di rumah masing-masing...”(Sugiantara, Komunikasi Personal, 19 Juni 2018)

“Kadang masyarakatnya seperti ini...minta fogging, fogging, fogging seperti itu...kita berusaha menjelaskan pada masyarakat hal yang paling utama untuk pemberantasan jentik itu bukan fogging yang menyelesaikan. Seperti niki. Yang utama adalah pemberantasan sarang nyamuknya. Untuk fogging niki, menyasar nyamuk dewasa, seperti itu...Jadi yang perlu Ibu, Bapak, atau Adik lakukan di rumah adalah membersihkan jentik, membersihkan lingkungan, wilayah niki, menguras bak mandi, jangan menggantung pakaian di belakang-belakang pintu...kenten.” (Martini, Komunikasi Personal, 11 Juni 2018)

“...Untuk foggingnya, kita ada dua fogging dari dinas dari desa. Itu memang sangat menarik karena masyarakat lebih percaya fogging daripada PSN, padahal fogging meningkatkan risiko kesehatan. makanya masyarakat banyak yang meminta fogging tapi kita terus jelaskan yang lebih utama itu pemberantasan sarang nyamuknya. Sarang nyamuknya dulu kita berantas, baru kalau sudah bersih, dan masih ada nyamuk-nyamuk dewasa, baru kita fogging, seperti itu.”(Sasmita, Komunikasi Personal, 11 Juni 2018)

Berdasarkan penuturan informan di atas, peneliti melihat bahwa *fogging* masih dianggap sebagai solusi untuk mencegah risiko demam berdarah *dengue*. Peneliti juga melakukan wawancara kepada masyarakat di Sidakarya dan Sumerta Kaja pada saat kegiatan Gertak. Walaupun petugas Jumantik telah melakukan penyuluhan mengenai PSN secara individu, namun masih terlihat pemahaman *fogging* sebagai solusi di masyarakat. Seperti dalam kutipan wawancara berikut:

“Fogging itu ya, kalau fogging itu, kalau bisa jangan di rumah aja kan gitu ya. Jangan di rumah aja disemprot atau di fogging, kan karena kalau di rumah aja, nanti begitu ilang rasa foggingnya dalam satu hari itu, nanti nyamuknya menyerang dari luar rumah, kan gitu jadinya. Kalau bisa sih fogging di rumah, di gang-gang juga, dan kalau ada tegalan di samping rumah itu di-fogging juga. Malah justru itu yang penting kan. Supaya nyamuk-nyamuk yang ada di sana itu tidak berterbangan ke rumah.” (Warga Densel 1, Komunikasi Personal, 22 Juni 2018)

“Fogging itu rasanya penting juga, fogging itu kan pencegahan dini juga kan...tapi biasanya fogging itu berlangsung setelah ada yang kena db baru fogging gitu...kalo bisa pemerintah sebelum terjadi foggingnya terus rutinkan...” (Warga Dentim I, Komunikasi Personal, 23 Agustus 2018)

Dari kutipan wawancara di atas, terlihat masih adanya persepsi yang berbeda antara masyarakat dengan petugas kesehatan terkait risiko kesehatan yang dibawa oleh tindakan *fogging*. Selain itu, faktor budaya juga membuat masyarakat lebih percaya mengenai hal-hal tak kasat mata. Di Bali, hal itu disebut dengan aspek *niskala*. Walaupun belum pernah menemukan kasus seperti itu di wilayah kerjanya, namun informan Oka (Komunikasi Personal, 11 Juni 2018) menuturkan adanya kecenderungan munculnya persepsi tersebut. Seperti yang disampaikan dalam kutipan wawancara berikut:

“Kan dbd itu ciri-cirinya panes ya. Panes pertama kan, abistu panesnya naik, abistu turun lagi, abistu naik lagi, kan seperti itu. Kalau di Bali mohon maaf ni, kalau saya sering eee denger kan mereka kalau ada

kerabatnya yang dengan gejala seperti itu, sudah langsung dikira, “Oh itu kena cetik” ya seperti itu...”(Oka, Komunikasi Personal, 11 Juni 2018)

Sejumlah data yang peneliti temukan terkait dengan konstruksi sosiokultural masyarakat di wilayah kerja menunjukkan setidaknya dua hal. Pertama, masyarakat memandang demam berdarah *dengue* sebagai penyakit yang biasa terjadi. Anggapan ini menunjukkan adanya *outrage* yang rendah. Kedua, tindakan *fogging* dipandang sebagai solusi mengurangi risiko demam berdarah *dengue*. Hal ini juga mengindikasikan adanya mitos kesehatan yang berkembang di masyarakat.

Data mengenai konstruksi sosiokultural sebuah penyakit juga peneliti temukan di dalam wawancara bersama informan akademisi. Menurut penuturan informan, masyarakat Bali masih sering mengaitkan sebuah penyakit dengan kekuatan spiritual yang tidak terlihat (Prof. Dr. I Gde Parimartha, MA., Komunikasi Personal, 2 Mei 2018). Contohnya adalah pemilihan penyembuhan dengan cara non-medis (*niskala*). Namun seiring dengan perkembangan masyarakat secara intelektual dan demografis, pemahaman tersebut dinilai sudah berkurang namun tetap ada. Terkait risiko terjangkit demam berdarah *dengue* informan akademisi berpendapat bahwa penyakit tersebut tidak dipersepsi sebagai kutukan Tuhan, namun dimengerti sebagai wabah yang berbahaya. Hal tersebut disampaikan dalam kutipan wawancara berikut ini:

“Saya kira itu demam berdarah, yang saya pahami bahwa, itu memang tidak disebutkan sebagai suatu penyakit dari kehendak Yang Maha Kuasa tapi kalau itu bisa disebut sebagai wabah, wabah yang memang masyarakat juga mengerti bahwa itu jentik atau nyamuk yang berbahaya bagi badan. Sampai itu, masyarakat sudah paham. Hanya barangkali, masyarakat belum paham betul teknis mengatasi terjangkitnya, tumbuhnya, berkembangnya, nyamuk ini. Barangkali itu yang penting.

Bagaimana cara menghindar dari perkembangan nyamuk yang membahayakan itu...” (Prof. Dr. I Gde Parimartha, MA., Komunikasi Personal, 2 Mei 2018)

Selaras dengan pendapat salah satu petugas program P2DBD, informan akademisi juga menyebutkan adanya kontradiksi yang muncul di masyarakat. Menurut informan, program komunikasi kesehatan yang dilakukan pemerintah untuk mengurangi risiko terjangkit demam berdarah *dengue* sudah berupaya menjelaskan informasi kepada masyarakat. Namun, peneliti menemukan adanya kecenderungan kontradiksi di dalam perilaku kesehatan. Seperti yang disampaikan dalam kutipan wawancara berikut ini:

“Ya, masyarakat ingin sehat tetapi dalam perilaku kesehariannya mereka tidak memelihara lingkungan yang sehat dengan baik. Itu yang masih terjadi” (Prof. Dr. I Gde Parimartha, MA., Komunikasi Personal, 2 Mei 2018)

4.3.5 Dialog Antar Kategori

Setelah tahap kondensasi dan kategorisasi data, maka langkah selanjutnya adalah melakukan dialog antar kategori. Data yang telah terhimpun di dalam kategori kemudian dikaitkan satu sama lain. Dialog antar kategori yang peneliti lakukan adalah sebagai berikut:

1. Puskesmas sebagai Organisasi Kesehatan Berhubungan dengan Strategi Komunikasi Risiko Kesehatan

Peneliti mempertemukan data mengenai posisi Puskesmas sebagai organisasi kesehatan dan strategi komunikasi risiko kesehatan yang dilakukan di wilayah kerja masing-masing. Berdasarkan data yang diperoleh, peneliti menemukan setidaknya ada tiga posisi Puskesmas yang telah dipaparkan pada

kategori pertama yakni sebagai penyuluh kesehatan, pemantauan/pencegahan KLB, dan pembina masyarakat. Sedangkan, strategi komunikasi yang dilakukan Puskesmas memperhatikan khalayak sasaran, penggunaan media, dan *framing* pesan. Keterkaitan tersebut dapat dilihat dalam tabel berikut:

Tabel 4. 6 Dialog Antar Kategori I

Posisi Puskesmas	Strategi Komunikasi Risiko Kesehatan
Penyuluh Kesehatan	Mempromosikan program pencegahan DBD melalui Promosi Kesehatan (massa/kelompok) dan Jumantik (individu)
Pemantau Kesehatan Masyarakat	Melakukan pemantauan melalui Jumantik (kader kesehatan) secara tatap muka (<i>face to face</i>), komunikasi antara pemegang program P2DBD dengan rumah sakit (<i>external communication</i>).
Pembina Kesehatan Masyarakat	Melibatkan masyarakat dalam program pencegahan risiko terjangkit DBD (Gema Petik, PSN, 4M Plus) secara tatap muka. Jumantik menyampaikan informasi dari Puskesmas dan melibatkan masyarakat.

Sumber: Data diolah peneliti

Puskesmas sebagai organisasi kesehatan memiliki sumber daya manusia yang dapat dikategorikan sebagai komunikator kesehatan. Salah satu peran komunikator adalah menyampaikan informasi kesehatan kepada masyarakat di wilayah kerja. Berdasarkan data yang peneliti himpun dari informan di kedua Puskesmas, informasi yang disampaikan dapat berupa risiko terjangkit demam berdarah *dengue* dan tindakan pencegahan risiko terjangkit demam berdarah *dengue*. Informasi ini disampaikan dengan tujuan untuk membuat masyarakat waspada mengenai bahaya dari penyakit tersebut.

Dalam posisinya sebagai penyuluh kesehatan, Puskesmas cenderung melakukan penyebaran informasi demam berdarah *dengue* (PSN dan PHBS) melalui media cetak (stiker, pamflet), media elektronik, maupun media tradisional. Hal ini dilakukan oleh bagian Promosi Kesehatan dan pemegang

program P2DBD di masing-masing Puskesmas. Penyuluhan yang dilakukan oleh bagian Promosi Kesehatan memiliki target khalayak yang lebih luas dibandingkan dengan penyuluhan individu yang dilakukan Jumantik. Contohnya adalah penyuluhan kelompok yang dilakukan di Posyandu, atau penyuluhan massal yang dilakukan melalui Puskesmas Keliling.

Puskesmas juga dapat memposisikan dirinya sebagai pemantau kesehatan masyarakat (*surveillance*). Menurut data yang peneliti himpun, demam berdarah *dengue* adalah salah satu jenis penyakit tropis yang berpotensi wabah/KLB. Sehingga, program P2DBD dilakukan dengan memantau masyarakat di wilayah kerja melalui jumantik (kader kesehatan). Pemantauan yang dilakukan meliputi pengecekan keberadaan jentik nyamuk dan komunikasi tatap muka mengenai himbauan PSN. Pendekatan kepada masyarakat yang dikunjungi dilakukan oleh masing-masing Jumantik agar dapat diterima. Dalam perannya sebagai pemantau kesehatan masyarakat, pemegang program P2DBD dapat melakukan kerjasama dengan rumah sakit di Kota Denpasar untuk melaporkan kasus DBD. Komunikasi dilakukan secara *online* melalui aplikasi pesan. Tindakan tersebut bertujuan untuk mencegah KLB dan mempercepat tindakan yang dapat dilakukan Puskesmas seperti Penyelidikan Epidemiologi. Peneliti melihat bahwa sebagai organisasi kesehatan, Puskesmas juga melakukan *external communication* dengan organisasi kesehatan lain seperti rumah sakit yang ada di sekitar wilayah kerja.

Posisi Puskesmas sebagai pembina kesehatan masyarakat tidak hanya dilakukan oleh petugas kesehatan kuratif, tetapi juga dijalankan oleh Jumantik di wilayah kerja. Peran ini terlihat dari, masing-masing Jumantik yang memiliki

daerah binaan untuk mempromosikan Gerakan Mandiri Pemantau Jentik (Gema Petik). Secara umum, Gema Petik merupakan program di Kota Denpasar untuk membuat masyarakat menjadi mandiri dalam perilaku kesehatan, khususnya dalam mencegah risiko terjangkit demam berdarah *dengue*. Peneliti melihat adanya visi-misi Puskesmas yang tercermin di dalam program Puskesmas. Sebagai pembina kesehatan masyarakat, Puskesmas tidak hanya memberikan informasi kesehatan (seperti risiko penyakit dan pencegahannya) tetapi juga mengajak masyarakat di wilayah kerja untuk ikut serta dalam program P2DBD seperti melakukan PSN dan 4M Plus. Pembinaan dilakukan dengan mengajarkan cara pengisian kartu pemantauan jentik serta cara pelaksanaan PSN dan 4M Plus. Keikutsertaan masyarakat dapat dilihat dari kegiatan Gertak yang dilakukan Puskesmas dan pemasangan stiker untuk mencegah risiko demam berdarah *dengue*. Keterlibatan Puskesmas dalam pembinaan kesehatan merupakan bentuk pemberdayaan sehingga masyarakat di wilayah kerja dapat menjadi mandiri dalam perilaku kesehatannya. Berdasarkan data yang telah dihimpun, peneliti melihat posisi Puskesmas yang tidak hanya menyebarkan informasi secara *top-down communication*, tetapi juga memberikan kesempatan masyarakat untuk ikut dalam kegiatan pencegahan risiko demam berdarah *dengue* atau bertanya mengenai informasi kesehatan lainnya.

Pemaparan dialog antar kategori yang telah dilakukan menunjukkan beberapa poin. Ketika Puskesmas memposisikan dirinya sebagai penyuluh kesehatan, maka strategi komunikasi risiko yang dilakukan menyasar individu melalui Jumantik hingga kelompok besar melalui Promosi Kesehatan. Ketika

Puskesmas memposisikan dirinya sebagai pemantau masyarakat, maka strategi komunikasi risiko diarahkan kepada masing-masing Jumantik selaku kader kesehatan agar pesan dapat diterima secara individual. Sedangkan ketika Puskesmas memposisikan dirinya sebagai pembina kesehatan masyarakat, strategi komunikasi risiko tidak hanya ditujukan untuk tujuan kuratif, tetapi juga preventif dengan tujuan membuat masyarakat yang mandiri. Sehingga, peneliti menarik benang merah bahwa penentuan strategi komunikasi risiko kesehatan bergantung pada peran Puskesmas di masyarakat.

2. Strategi Komunikasi Risiko Kesehatan Berhubungan dengan Kendala Komunikasi di Wilayah Kerja

Komunikasi kesehatan, khususnya komunikasi risiko kesehatan memiliki strategi penyampaian pesan. Strategi tersebut meliputi bagaimana mengidentifikasi pesan, cara menyampaikan, dan target khalayak yang dituju. Namun, kendala komunikasi menjadi salah satu penghambat dalam menyampaikan informasi kesehatan kepada masyarakat di wilayah kerja. Peneliti mempertemukan data mengenai strategi komunikasi risiko yang dilakukan dan kendala komunikasi yang muncul. Dialog antar kategori dapat dilihat dalam tabel berikut:

Tabel 4. 7 Dialog Antar Kategori II

Strategi Komunikasi Risiko Kesehatan	Kendala Komunikasi
Komunikasi antarpribadi secara <i>face to face</i> yang dilakukan Jumantik	Perbedaan penerimaan antara warga asli dan pendatang
Komunikasi kelompok kecil/besar yang dilakukan Promosi Kesehatan menggunakan media cetak/elektronik/penyuluhan keliling	Kecenderungan acuh-tak-acuh yang muncul di masyarakat

Sumber: Data diolah peneliti

Berdasarkan sejumlah wawancara yang peneliti lakukan kepada pemegang program P2DBD dan Jumantik di Puskesmas, adapun strategi komunikasi yang digunakan untuk menyampaikan informasi risiko demam berdarah *dengue* adalah komunikasi secara tatap muka (*face-to-face*). Dalam komunikasi antarpribadi yang terjadi, terdapat sejumlah kendala yang dihadapi oleh Jumantik. Kendala pertama adalah penerimaan dari warga di wilayah kerja. Berdasarkan penuturan informan yang peneliti himpun, jumantik lebih mudah melakukan pendekatan terhadap warga asli di wilayah kerja ketika melakukan pemantauan. Jumantik yang merupakan warga asli di wilayah kerja dapat menggunakan Bahasa Bali sebagai pengantar. Begitu pula dengan warga asli yang telah mengenal kader kesehatan di wilayah kerjanya.

Sedangkan untuk warga pendatang (luar kota maupun luar Bali) cenderung melakukan penolakan dengan alasan waktu/pekerjaan. Menurut penuturan sejumlah informan, penolakan juga terjadi karena adanya kekhawatiran masyarakat terhadap orang yang tidak dikenal di rumahnya. Untuk mengatasi kendala itu, Puskesmas melakukan langkah advokasi lintas-sektor. Sebelum melakukan kegiatan, Puskesmas berkordinasi dengan kepala lingkungan terkait

program yang akan dilakukan. Berdasarkan penuturan sejumlah informan, apabila terdapat penolakan dari warga, pihak Puskesmas juga dapat mengajak kepala lingkungan untuk menghimbau warganya agar menerima petugas kesehatan yang berkunjung. Peneliti melihat adanya upaya Puskesmas untuk berkordinasi dengan individu yang dianggap sebagai *opinion leader* di daerahnya.

Komunikasi risiko terjangkit demam berdarah *dengue* juga dilakukan secara kelompok kecil dan kelompok besar. Berdasarkan data yang peneliti himpun sebelumnya, bagian Promosi Kesehatan memiliki target khalayak yang massif. Informasi kesehatan seperti demam berdarah *dengue* disampaikan melalui penyuluhan dalam ruangan dan luar ruangan. Media komunikasi yang digunakan meliputi pamflet, stiker, video promosi, hingga presentasi dalam ruangan. Contohnya adalah Puskesmas Keliling yang menyampaikan informasi kesehatan di tempat-tempat umum seperti pasar. Kendala yang dihadapi dalam strategi tersebut adalah sikap acuh-tak-acuh terhadap informasi yang diberikan.

Terdapat perbedaan pandangan masyarakat dan organisasi kesehatan mengenai risiko sebuah penyakit. Berdasarkan wawancara yang dilakukan, peneliti melihat adanya *outrage* masyarakat yang rendah sedangkan bahaya dari demam berdarah *dengue* yang tinggi. Hal ini ditunjukkan dengan rasa kepedulian terhadap isu yang muncul apabila seseorang telah terjangkit DBD.

Peneliti melihat adanya dialog yang muncul antara kendala komunikasi yang dihadapi Puskesmas dengan strategi komunikasi risiko kesehatan yang dilakukan. Komunikasi yang dilakukan secara *face-to-face* cenderung mengalami

kendala saat dilakukan. Strategi advokasi lintas-sektor berdampak pada partisipasi masyarakat di dalam program kesehatan. Dapat ditarik benang merah bahwa kendala komunikasi yang kerap dihadapi membuat adanya penyesuaian strategi komunikasi yang dilakukan oleh Puskesmas.

3. Karakteristik Masyarakat dan Konstruksi Sosiokultural Masyarakat di Wilayah Kerja

Peneliti juga mempertemukan data karakteristik masyarakat di wilayah kerja dengan konstruksi sosiokultural yang muncul terkait penyakit demam berdarah *dengue*. Karakteristik masyarakat Kota Denpasar, khususnya di kedua wilayah Puskesmas merupakan masyarakat urban yang heterogen. Menurut penuturan informan, beberapa anggapan yang muncul di masyarakat mengenai demam berdarah *dengue* adalah penyakit yang biasa terjadi masyarakat walaupun memiliki risiko. Selain itu, masyarakat dianggap lebih memilih tindakan kuratif daripada preventif.

Tabel 4. 8 Dialog Antar Kategori III

Sumber: Data diolah peneliti

Karakteristik Masyarakat	Konstruksi Sosiokultural Masyarakat
Masyarakat Urban	<ul style="list-style-type: none"> • DBD sebagai penyakit yang biasa terjadi • Pilihan tindakan kuratif dibanding preventif • Lebih mempercayai pengobatan ilmiah dibandingkan aspek <i>sekala-niskala</i> • Fogging sebagai solusi mengurangi risiko DBD

Karakteristik masyarakat urban yang disampaikan oleh sejumlah informan menunjukkan bahwa keengganan menerima informasi disebabkan oleh kesibukan yang mereka miliki. Sehingga, pengecekan dan penyuluhan individu yang

dilakukan Jumantik menjadi tidak maksimal. Peneliti melihat hal ini sebagai peluang berkembangnya pemahaman yang kurang mengenai risiko demam berdarah *dengue*. Berdasarkan penuturan informan, konstruksi yang terbentuk mengenai penyakit DBD adalah penyakit yang biasa terjadi di masyarakat. Peneliti melihat hal ini sebagai paham yang berpotensi mendorong masyarakat di wilayah kerja untuk memilih tindakan kuratif (pengobatan) dibandingkan tindakan preventif (pencegahan).

Pemahaman selanjutnya adalah mengenai risiko tindakan *fogging*. Selama ini, *fogging* dilakukan untuk mengurangi jumlah nyamuk dewasa. Berdasarkan penuturan sejumlah informan, hal ini menjadi tantangan karena masyarakat beranggapan bahwa *fogging* menjadi solusi untuk mengurangi risiko DBD. Di sisi lain, terdapat kriteria tertentu yang harus dipenuhi sebelum *fogging* dapat dilaksanakan. Berdasarkan data yang penulis himpun, peneliti melihat tindakan *fogging* dan DBD berpotensi menimbulkan mitos kesehatan.

Menurut informan ahli di bidang budaya, masyarakat Bali memiliki kepercayaan pada aspek *sekala-niskala*. Beberapa konstruksi mengenai penyakit dikaitkan dengan aspek *niskala* atau hal-hal yang tidak kasat mata. Namun dalam konteks masyarakat moderen, informan menuturkan pemahaman ini semakin berkurang. Hal ini ditunjukkan dengan pilihan pengobatan yang dilakukan ke Puskesmas/pusat pelayanan kesehatan lainnya. Hal ini juga terlihat di dalam penuturan salah satu informan di Puskesmas bahwa masih ada pemahaman masyarakat yang menganggap ciri badan panas sebagai tanda terkena guna-guna.

Masyarakat di wilayah kerja kedua Puskesmas memiliki sistem *banjar*. Kegiatan masyarakat seperti PKK, *sekaa teruna-teruni*, maupun rapat dilaksanakan di *banjar*. Begitu pula dengan kegiatan Puskesmas seperti Gertak biasanya difokuskan di salah satu banjar. *Banjar* dapat digunakan sebagai salah satu tempat perkumpulan masyarakat. Namun, tidak semua masyarakat aktif dalam kegiatan *banjar*. Hal ini menjadi tantangan bagi petugas kesehatan untuk menyampaikan informasi kesehatan.

Berdasarkan dialog antar kategori yang peneliti lakukan, terlihat adanya hubungan antara karakteristik masyarakat dengan konstruksi sosiokultural mengenai risiko terjangkit demam berdarah *dengue*. Masyarakat urban cenderung mempersepsikan demam berdarah *dengue* sebagai penyakit yang biasa terjadi. Hal ini berdampak pada pilihan tindakan kesehatan yang dilakukan. Sehingga, mitos kesehatan juga dapat muncul dari anggapan yang tidak benar. Kecenderungan ini juga memperlihatkan bagaimana tingkat *outrage* yang dialami masyarakat. Sehingga dapat ditarik benang merah bahwa masyarakat dengan karakteristik urban cenderung memiliki *outrage* yang rendah mengenai demam berdarah *dengue* dan mempersepsikannya sebagai penyakit yang biasa terjadi.

4.4 Pembahasan

Setelah melakukan dialog antar kategori, selanjutnya peneliti melakukan pembahasan menggunakan konsep dalam literatur dan penelitian terdahulu. Berikut ini adalah pembahasan dan diskusi yang peneliti susun terhadap poin-poin yang ditemukan di dalam penelitian:

4.4.1 Peran Puskesmas dalam Mengomunikasikan Risiko Terjangkit Demam Berdarah *Dengue*

Organisasi kesehatan sering dicontohkan dengan keberadaan rumah sakit, namun definisi organisasi kesehatan berkembang seiring waktu. Lammers, Duggan dan Barbour (2003) menjelaskan bahwa saat ini, organisasi kesehatan dapat dilihat melalui bagaimana organisasi menciptakan makna dan bagaimana organisasi tersebut berproses. Salah satu perspektif dalam melihat organisasi kesehatan adalah perspektif institusional. Perspektif ini melihat bahwa organisasi kesehatan memiliki kehidupan dan perilakunya dipengaruhi secara eksternal oleh nilai, kepercayaan, lingkungan (Lammers, Duggan, & Barbour, 2003, h.320).

Dari definisi tersebut, terdapat empat karakteristik yang dapat diamati dari organisasi kesehatan secara institusional. Pertama, struktur dan apa yang dilakukan oleh organisasi kesehatan mencerminkan nilai yang telah ada sebelumnya. Kedua, organisasi kesehatan memiliki nilai yang diinternalisasi. Ketiga, untuk memahami organisasi kesehatan dapat dilihat dari sisi eksternal dan keempat, adanya rasionalisasi organisasi kesehatan (Lammers, Duggan, & Barbour, 2003, h. 320).

Puskesmas dapat dikategorikan sebagai organisasi kesehatan dengan beberapa alasan. Berdasarkan sudut pandang institusional, Puskesmas merupakan produk dari struktur serupa yang telah ada sebelumnya. Hal ini ditunjukkan dengan status Puskesmas sebagai unit pelaksana teknis Dinas

Kesehatan. Berdasarkan temuan peneliti pada kedua Puskesmas, terdapat bagian/struktur yang sama contohnya adalah pemegang program P2DBD dan Promosi Kesehatan. Tugas dan fungsi bagian tersebut di kedua Puskesmas juga serupa yakni sebagai pemantau dan penyuluh kesehatan di masyarakat. Berdasarkan pendapat Lammers, Duggan dan Barbour (2003), hal ini adalah ciri isomorfik yang menunjukkan keseragaman bentuk dan proses yang ada di organisasi kesehatan.

Puskesmas merupakan bentuk organisasi kesehatan yang berfokus pada pelayanan kesehatan masyarakat. Sebagai organisasi kesehatan masyarakat, kegiatan pelayanan yang dilakukan dapat meliputi imunisasi, pelayanan terhadap kesehatan ibu dan anak, serta pencegahan penyakit berbahaya. Merujuk pada definisi komunikasi kesehatan menurut Littlejohn & Foss (2009), pelaku komunikasi kesehatan di dalam Puskesmas tidak hanya dokter dan perawat semata, tetapi juga seluruh bagian dari organisasi yang menyampaikan informasi kesehatan. Contohnya adalah bagian promosi kesehatan dan program P2DBD yang berorientasi pencegahan dibandingkan perawatan.

Berdasarkan temuan penelitian, komunikasi risiko kesehatan tidak hanya dilakukan dalam bentuk interaksi dokter-pasien tetapi juga dalam konteks yang lain seperti organisasi dan masyarakat di wilayah kerja. Temuan di kedua Puskesmas menunjukkan bahwa dalam mengomunikasikan isu demam berdarah *dengue*, Puskesmas memiliki bagian promosi kesehatan dan jumantik sebagai komunikator kesehatan. Masyarakat di wilayah kerja

diidentifikasi sebagai khalayak pesan kesehatan. Temuan penelitian ini sejalan dengan pendapat Ruhrman yang menyatakan bahwa terdapat tiga komponen dalam komunikasi risiko yang saling terkait yakni isu, komunikator dan khalayak (Ruhrman dalam Donsbach, 2010). Lebih lanjut, Ruhrman (dalam Donsbach, 2010) menyatakan bahwa komponen tersebut termasuk di dalam bidang kajian komunikasi risiko yang berpotensi untuk diteliti.

Temuan penelitian yang telah dipaparkan di bagian sebelumnya menunjukkan bahwa peran puskesmas dalam menyampaikan risiko terjangkit demam berdarah *dengue* terdiri atas tiga komponen yakni sebagai pemantau kesehatan di wilayah kerja, penyuluh kesehatan, dan pembina kesehatan masyarakat. Dalam menjalankan program kesehatan yang bersifat preventif, Puskesmas memiliki posisi sebagai penyuluh kesehatan dan pemantau kesehatan masyarakat. Hal ini dilakukan dengan identifikasi permasalahan atau risiko yang relevan di wilayah kerja, penyusunan strategi komunikasi, penyampaian pesan dan kordinasi dengan berbagai pihak seperti kepala lingkungan. Temuan ini sesuai dengan tahapan komunikasi risiko yang disampaikan oleh Dickmann, Abraham, Sarkar, Wysocki, Cecconi, Apfel dan Nurm (2015) yang terdiri dari identifikasi permasalahan, strategi komunikasi, dan koordinasi.

Komunikasi yang dilakukan Puskesmas kepada masyarakat di wilayah kerja memiliki tujuan komunikasi. Berdasarkan temuan penelitian, melalui kunjungan ke rumah warga dan promosi kesehatan, Puskesmas bertujuan untuk memberikan *awareness* terkait bahaya, risiko dan potensi KLB dari

penyakit demam berdarah *dengue*. Hal ini sesuai dengan argument Kreps (2015) mengenai komunikasi kesehatan dalam konteks organisasional. Komunikasi pada organisasi kesehatan memiliki tujuan seperti memberikan informasi dan mempersiapkan masyarakat. Selain itu, komunikasi risiko dilakukan untuk membangun hubungan dan membangun kepercayaan (Gamhewage, 2014). Gamhewage (2014) selanjutnya menjelaskan bahwa kepercayaan masyarakat terhadap komunikator merupakan bagian penting di dalam komunikasi risiko.

Kondisi KLB dapat dikategorikan sebagai kondisi krisis dalam konteks kesehatan. Komunikasi risiko kesehatan memiliki sejumlah tahapan untuk mempersiapkan masyarakat menghadapi krisis. Centers for Disease Control and Prevention (2014) membagi tahapan komunikasi menjadi *pre-crisis*, *initial*, *maintenance*, *resolution* dan *evaluation*. Pada tahap *pre-crisis*, yang dapat dilakukan adalah upaya identifikasi *spokeperson*, menyusun pesan, memperkuat hubungan dengan kerjasama dan melakukan *public health assessment* untuk mengidentifikasi masalah. Berdasarkan data yang dipaparkan di bagian sebelumnya, dalam posisi sebagai pemantau kesehatan masyarakat, Puskesmas berada dalam tahap persiapan untuk menghadapi potensi krisis seperti demam berdarah *dengue*. Tujuan komunikasi dilakukan untuk mempersiapkan warga melalui penyuluhan, kunjungan di rumah warga, serta memperkuat hubungan dengan *stakeholder* seperti sekolah dan pemerintah lokal. Contohnya adalah pembentukan Jumantik di wilayah kerja atau Jumantik Cerdas di sekolah-sekolah. Kegiatan dalam *pre-crisis*

diperlukan karena krisis dapat berkembang seiring waktu (Centers for Disease Control and Prevention, 2014, h. 2).

Berdasarkan data yang telah dipaparkan sebelumnya, peneliti melihat karakteristik khas program komunikasi kesehatan yang dilakukan Puskesmas terkait dengan demam berdarah *dengue*. Bagian Promosi Kesehatan dan Program P2DBD dapat berkordinasi apabila penyuluhan yang dilakukan terkait dengan demam berdarah *dengue*. Identifikasi permasalahan hingga penyusunan pesan dilakukan oleh bagian Promosi Kesehatan sedangkan Jumantik menjadi kader perpanjangan tangan dari Puskesmas saat turun langsung ke masyarakat. Penyuluhan kelompok dapat dilakukan pada saat kegiatan Posyandu maupun PKK dan secara individual dilakukan melalui kader Jumantik. Hal ini sesuai dengan tujuan komunikasi risiko yang disampaikan Gamhewage (2014) yakni membentuk perilaku protektif, memberikan peringatan tentang risiko dan bahaya, dan membangun kesadaran.

Integrasi antar program menunjukkan adanya hubungan antar konsep di dalam komunikasi kesehatan, khususnya antara *promotion of health* dan *risk communication*. Informasi risiko (*risk communication*) dapat disampaikan untuk menimbulkan adopsi perilaku kesehatan yang diinginkan oleh konsep promosi kesehatan (*promotion of health*). Hal ini ditunjukkan dengan tujuan dari masing-masing bentuk komunikasi kesehatan. Promosi kesehatan merupakan upaya komunikasi untuk mengadopsi perilaku kesehatan tertentu

sedangkan komunikasi risiko berupaya menyampaikan isu kepada masyarakat berisiko (Littlejohn & Foss, 2009).

Bentuk kordinasi dalam komunikasi risiko juga dapat dilihat dari pihak yang bekerjasama dengan Puskesmas. Temuan penelitian menunjukkan bahwa Puskesmas melakukan kordinasi dengan pemerintah Kota Denpasar. Terdapat pengaruh langsung pemerintah lokal dengan program dan pelayanan yang dilakukan di kedua wilayah kerja. Hal ini sesuai dengan pendapat Lammers, Duggan dan Barbour (2013) yang menyatakan bahwa pelayanan maupun aktivitas lain yang dilakukan organisasi kesehatan masyarakat sangat dipengaruhi oleh pemerintah setempat (*local government*). Contohnya pada program Gema Petik (Gerakan Mandiri Pemantau Jentik) yang merupakan inovasi pemerintah Kota Denpasar. Selain Gema Petik, koordinasi dilakukan di sekolah untuk mengangkat Jumantik Cerdas. Program Jumantik Cerdas merupakan sosialisasi peran jumantik di sekolah oleh siswa. Temuan ini menunjukkan bahwa Puskesmas tidak hanya mengomunikasikan tindakan pencegahan risiko demam berdarah *dengue* melalui PSN dan 4M Plus, tetapi juga bertugas untuk membina masyarakat agar mandiri dalam perilaku kesehatan. Peneliti melihat hal ini sebagai upaya Puskesmas sebagai pembina kesehatan dalam memberdayakan masyarakat untuk mencegah risiko terjangkit demam berdarah *dengue*.

Kordinasi kepada orang-orang yang dianggap dapat merepresentasikan sebuah komunitas adalah bagian dari strategi komunikasi kesehatan Puskesmas. Temuan penelitian menunjukkan adanya perlakuan khusus terkait

kendala komunikasi yang dialami kader kesehatan saat berkomunikasi. Ketika kader mengalami penolakan atau resistensi, maka mereka akan berkordinasi dengan kepala lingkungan di wilayah kerja. Identifikasi *opinion leader* secara tidak langsung adalah strategi *community organizing* (Erkel dalam Clark, 2002). Hal ini menjadi tantangan dalam komunikasi risiko dan promosi kesehatan karena diperlukan sudut pandang multidimensional sehingga strategi komunikasi sesuai dengan target khalayak secara khusus (Kreps, 2015).

Selain pemerintah lokal, terdapat program inovasi yang dilakukan dengan bekerjasama dengan pemerintah desa di wilayah kerja. Hal ini juga menunjukkan kesamaan dengan pendapat Lammers, Duggan dan Barbour (2003) mengenai sifat organisasi kesehatan masyarakat. Puskesmas I Denpasar Selatan memiliki stiker inovasi “Zona Jentik” yang menggunakan *framing* pesan yang berbeda dari stiker inovasi “Rubastik (Rumah Bebas Jentik)” di wilayah kerja Puskesmas I Denpasar Timur. Di wilayah kerja Puskesmas I Denpasar Selatan, pesan stiker disusun dengan tujuan memberikan efek jera. *Framing* merupakan cara penyusunan informasi risiko yang mempengaruhi keyakinan dan interpretasi seseorang (Berry, 2007, h. 69). Pesan dapat disusun dengan *framing* positif atau negatif. Peneliti melihat penerapan media stiker di Puskesmas I Denpasar Selatan sebagai upaya menerapkan pesan berorientasi risiko (*risk oriented*). Sedangkan di wilayah kerja Puskesmas I Denpasar Timur, pesan stiker disusun dengan sifat yang apresiatif. Peneliti melihat hal ini sebagai usaha menerapkan pesan yang berfokus pada perencanaan

(*planning-oriented*). Dalam penelitian yang dilakukan Boeijinga, Hoekens dan Sanders (2017), narasi berorientasi risiko menekankan pada aspek konsekuensi negatif yang tidak diinginkan, sedangkan narasi berorientasi perencanaan menekankan pada langkah-langkah yang dapat diadopsi.

Perbedaan yang ditemukan di kedua Puskesmas serupa dengan apa yang ditulis oleh Boeijinga, Hoekens dan Sanders tentang pesan naratif dalam promosi kesehatan (2017). Boeijinga, Hoekens dan Sanders (2017) dalam penelitiannya menemukan bahwa kedua jenis pesan (*risk-oriented* dan *planning-oriented*) sama-sama dapat memunculkan keinginan perubahan perilaku kesehatan. Selanjutnya, Boeijinga, Hoekens dan Sanders (2017) menyarankan agar pesan dikomunikasikan berdasarkan teori *stage of behavior change* untuk mendapatkan hasil yang lebih maksimal. Perbedaannya, penelitian ini tidak berfokus pada perubahan perilaku masyarakat yang dilihat dari *stage of behavior change*. Melainkan, penelitian ini berupaya melihat upaya komunikasi risiko kesehatan yang dilakukan kedua Puskesmas. Penerapan media stiker sebagai sarana komunikasi risiko dapat dikaitkan dengan karakteristik masyarakat di wilayah kerja. Berdasarkan data yang diperoleh dari akademisi bidang kajian budaya, masyarakat masih memerlukan tuntunan dari organisasi kesehatan dalam memunculkan perilaku kesehatan. Peneliti melihat upaya tersebut sebagai upaya pembinaan kesehatan masyarakat. Penelitian ini telah mengidentifikasi strategi komunikasi apa yang dilakukan kedua Puskesmas dalam mengomunikasikan risiko demam berdarah *dengue* di wilayah kerja masing-masing.

4.4.2 Kekhususan Penyampaian Isu Demam Berdarah *Dengue* melalui *Face to Face Communication*

Temuan penelitian menunjukkan bahwa komunikasi risiko terjangkau demam berdarah *dengue* dilakukan dalam bentuk penyuluhan oleh bagian Promosi Kesehatan dan Jumantik sebagai kader kesehatan. Selain komunikasi yang bersifat satu arah (*one-way communication*) melalui media cetak dan elektronik, penyuluhan juga dilakukan secara individual dengan turun langsung ke masyarakat. Kegiatan kunjungan langsung ke rumah warga (*home visit*) dilakukan oleh kader kesehatan Jumantik. Temuan penelitian menunjukkan bahwa kegiatan turun langsung ke rumah warga memungkinkan adanya komunikasi tatap muka (*face-to face communication*) antara petugas Jumantik dan warga di kedua wilayah kerja Puskesmas.

Jumantik merupakan bagian masyarakat yang diangkat menjadi kader kesehatan di wilayah kerja. Jumantik menjadi perpanjangan tangan dari Puskesmas dalam menyampaikan program PSN dan 4M Plus kepada masyarakat. Selain tugas utama sebagai pemantau jentik di rumah-rumah warga, Jumantik melakukan komunikasi kesehatan secara *face-to-face* (antarpribadi). Kendala yang cenderung dialami di dalam kegiatan ini adalah penolakan dari warga urban yang memiliki karakteristik heterogen. Perbedaan penerimaan kerap dirasakan oleh petugas Jumantik saat melakukan pemantauan pada warga pendatang. Perbedaan tersebut terlihat dari kesediaan warga untuk diperiksa lingkungan rumahnya dan diberikan penyuluhan individu.

Berdasarkan data yang ditemukan di kedua Puskesmas, Jumantik dipilih berdasarkan keanggotaannya di masyarakat wilayah kerja. Setiap *banjar* memiliki satu orang kader Jumantik sehingga total Jumantik akan sesuai dengan jumlah *banjar* yang ada di wilayah kerja. Menurut informan, pemilihan kader Jumantik yang berasal dari wilayah kerja Puskesmas bertujuan agar terdapat pengetahuan lebih mengenai karakteristik masyarakat dan wilayah. Pemilihan ini secara tidak langsung menjadi sesuai dengan langkah *community organizing* dalam advokasi kesehatan. Hal pertama yang dilakukan adalah merekrut dan melatih anggota masyarakat atau komunitas menjadi staff dan kordinator program (Treno & Holder, dalam Loue, Lloyd & O'Shea, 2002). Tindakan tersebut juga sesuai dengan prinsip komunikasi efektif dalam promosi kesehatan yang disampaikan Erkel (dalam Clark, 2002). Menyamakan latar belakang komunikator dan masyarakat menjadi upaya menciptakan komunikasi efektif dalam program kesehatan. Bentuk komunikasi antara kader kesehatan dan warga di wilayah kerja menjadi berbeda dengan komunikasi kesehatan antara dokter-pasien. Pada umumnya, komunikasi kesehatan antara dokter-pasien memiliki posisi yang tidak sama (Berry, 2007, h. 42).

Selain asal, persamaan latar belakang ini ditemukan dari bahasa yang digunakan Jumantik ketika melakukan pemantauan jentik nyamuk dan penyuluhan individu kepada warga. Ketika berhadapan dengan masyarakat asli wilayah kerja, Jumantik cenderung menggunakan Bahasa Bali sebagai pengantar. Informasi mengenai PSN dan 4M Plus disampaikan dengan

menggunakan Bahasa Indonesia. Kader Jumantik dapat memilah antara penggunaan Bahasa Bali dan Bahasa Indonesia untuk menyampaikan informasi kesehatan dan melakukan pendekatan kepada warga. Temuan ini sesuai dengan prinsip kongruensi kultural dalam program kesehatan. Sebuah program kesehatan dapat diterima apabila masyarakat merasakan adanya kongruensi kultural (*cultural congruence*) (Erkel dalam Clark, 2002).

Kongruensi kultural merupakan kemampuan program untuk menjadi satu dengan sistem budaya dan kepercayaan masyarakat yang dapat diwujudkan dengan penggunaan bahasa hingga dialek yang sama (Erkel dalam Clark, 2002, h. 53). Berdasarkan pendapat tersebut, pemilihan Jumantik dari wilayah kerja yang sama dapat memperbesar kongruensi kultural dan kompetensi berkomunikasi dengan masyarakat. Ketika terjadi penolakan terhadap program yang dilakukan maka kongruensi kultural yang muncul semakin kecil. Hal ini terlihat dari faktor demografis yang berbeda seperti asal dan bahasa yang digunakan oleh warga pendatang dari luar kota maupun luar provinsi. Berdasarkan pengamatan yang dilakukan, warga pendatang dan warga asli dicirikan oleh domisili dan tempat tinggal di wilayah kerja Puskesmas. Penolakan yang terjadi seperti resistensi warga dan sikap apatis terhadap program dapat disebabkan oleh pengaruh faktor budaya tersebut. Sehingga, kader Jumantik dapat memperhatikan kompetensi kultural (*cultural competence*) seperti menghindari *stereotyping*, mengenali budaya dan bahasa setempat (Erkel dalam Clark, 2002).

Berdasarkan data yang ditemukan, bentuk komunikasi kesehatan dan risiko yang dilakukan oleh Jumantik terdiri atas beberapa tahap. Pertama, jumantik memperkenalkan diri dan meminta izin untuk melakukan pemantauan. Tahap ini dilakukan dengan mengucapkan salam kepada pemilik rumah dan mengucapkan siapa, maksud, dan tujuan kedatangan mereka. Penggunaan bahasa disesuaikan dengan warga yang dihadapi. Kedua, Jumantik melakukan pemantauan jentik di lokasi penampungan air. Kegiatan ini dilakukan dengan melengkapi kartu kendali jentik di rumah masing-masing warga. Ketiga, Jumantik melakukan penyuluhan individu dengan menghimbau warga untuk melakukan PSN sebagai upaya mengurangi risiko terjangkit demam berdarah *dengue*.

Bentuk komunikasi interpersonal yang dilakukan secara *face-to-face* memiliki perbedaan dengan komunikasi yang dilakukan secara massif melalui media cetak atau elektronik. Berdasarkan temuan penelitian, komunikasi *face-to-face* memberikan kesempatan bagi warga untuk menerima langsung pesan kesehatan dan berinteraksi dengan petugas kesehatan (bertanya maupun memberikan informasi). Berbeda dengan penggunaan media cetak atau elektronik, respon dari warga dapat diterima secara langsung melalui *face-to-face communication*. Hal ini sesuai dengan pendapat Lemal dan Merrick (2011) yang melihat bahwa komunikasi risiko dicirikan dengan interaktivitas antara komunikator dan publiknya. Interaktivitas tersebut merupakan pergeseran dari bentuk komunikasi risiko yang bersifat *one-way*

communication dengan khalayak yang dianggap pasif (Lemal & Merrick, 2011).

Di dalam penelitian ini, informasi yang disampaikan oleh kader Jumantik meliputi pencegahan hingga risiko yang mungkin dialami ketika terjangkit demam berdarah *dengue*. Temuan penelitian di kedua wilayah menunjukkan adanya bentuk informasi risiko yang disampaikan dengan bentuk *loss frame*. Puskesmas cenderung mengemas risiko terjangkit demam berdarah *dengue* dengan *loss frame*. Pengemasan ini dilakukan dengan menyampaikan apa yang terjadi apabila tidak melakukan tindakan pencegahan. Contohnya seperti terbuangnya waktu, tenaga dan uang untuk merawat orang yang terjangkit demam berdarah *dengue*. Di dalam komunikasi risiko, organisasi kesehatan dapat menyusun pesan dengan memilih *loss frame* atau *gain frame* (Berry, 2007; Naik, Ahmed, & Edwards, 2012). *Loss frame* berfokus pada apa saja yang hilang apabila tidak melakukan sebuah tindakan, sedangkan *gain frame* berfokus pada apa saja yang akan didapatkan ketika melakukan sebuah tindakan (Berry, 2007).

Berdasarkan penuturan informan, hal yang disampaikan tidak hanya terbatas pada risiko terjangkit demam berdarah *dengue*. Dalam melakukan penyuluhan tindakan kesehatan terkait DBD, Puskesmas mempromosikan informasi penyebab, pencegahan hingga penanganan apabila terjangkit penyakit tersebut. Namun penyesuaian dilakukan di dalam kunjungan ke rumah warga yang bersifat singkat, sehingga informasi yang disampaikan hanya informasi pencegahan melalui PSN. Penyuluhan juga dapat dilakukan

dengan melakukan kordinasi antara Promosi Kesehatan dan pemegang program P2DBD.

Temuan menarik juga peneliti dapatkan dari cara mengatasi penolakan petugas Puskesmas oleh masyarakat di wilayah kerja. Puskesmas melakukan kerja sama dengan pemerintah setempat melalui advokasi lintas sektor. Apabila terjadi penolakan, maka petugas Puskesmas berkordinasi dengan kepala lingkungan maupun lurah setempat. Menurut Treno dan Holder, selain merekrut dan melatih anggota masyarakat untuk menjalankan program, identifikasi *opinion leaders* atau orang-orang yang dapat mewakili sebuah komunitas masyarakat merupakan langkah penting dalam mengatur masyarakat (*community organizing*) (dalam Loue, Lloyd & O'Shea, 2002). Tindakan tersebut dapat menjadi strategi dalam mengorganisasi dan mobilisasi komunitas masyarakat.

4.4.3 Konstruksi Sosiokultural dan Perbedaan Persepsi mengenai Risiko Demam Berdarah *Dengue*

Walaupun informasi kesehatan telah disampaikan melalui penyuluhan kelompok maupun individu secara *face-to-face*, namun penelitian ini juga melihat adanya perbedaan persepsi antara petugas kesehatan dan warga mengenai risiko terjangkit demam berdarah *dengue*. Hal ini dapat dijelaskan dengan melihat paradigma komunikasi kesehatan. Terdapat tiga paradigma dalam memandang komunikasi kesehatan yakni biomedis, personalistik dan naturalistik. Perbedaan ketiga paradigma tersebut terletak dari cara pandang

terhadap rasa sakit (*illness*). Paradigma biomedis menganggap rasa sakit sebagai akibat ketidakseimbangan di dalam sistem organ (Mulyana, dkk., 2018). Paradigma ini dominan dimiliki oleh tenaga kesehatan. Sedangkan terdapat paham lain yang berkembang mengenai rasa sakit yang disebabkan oleh gangguan makhluk halus, atau hal yang tidak dapat dilihat secara kasat mata yang disebut dengan sistem personalistik.

Perbedaan cara pandang terhadap kondisi sakit (*illness*) ini menyebabkan adanya perbedaan persepsi dan pilihan tindakan kesehatan yang dilakukan. Hal ini dikarenakan pemahaman mengenai kondisi sakit tersebut muncul akibat interaksi dengan lingkungan, tenaga kesehatan maupun kepercayaan yang dimiliki (Mulyana dkk., 2018, h. 10). Selain itu, perbedaan persepsi publik dan petugas kesehatan terhadap sebuah isu menjadi tantangan dalam komunikasi risiko (Gamhewage, 2014). Contohnya adalah komunikasi risiko terjangkit demam berdarah *dengue* di wilayah kerja. Berdasarkan data yang ditemukan dari informan, salah satu contoh keadaan sakit yang dipandang secara personalistik adalah kondisi panas tinggi yang dianggap sebagai pengaruh guna-guna (*cetik*). Sehingga tidak jarang ada yang memohon kesembuhan kepada Tuhan atau dalam masyarakat Bali disebut dengan kekuatan *niskala*. Berdasarkan data yang diperoleh, petugas Puskesmas menganggap masyarakat lebih memilih pengobatan kuratif daripada tindakan preventif. Rasa percaya terhadap sebuah kesehatan bisa jadi diakibatkan oleh penggunaan media komunikasi yang mempengaruhi pendapat seseorang mengenai pilihan pengobatan. Hal tersebut diilustrasikan seperti komunikasi

risiko penyakit Ebola yang disampaikan melalui media cetak yang bukan merupakan pilihan utama masyarakat (Gamhewage, 2014).

Konstruksi sosial dalam memandang kondisi sakit merupakan kondisi timbal balik antara individu dengan individu lainnya (Mulyana dkk., 2018). Dalam penelitian sebelumnya, beberapa komponen sosial yang dapat dilihat dalam konstruksi demam berdarah *dengue* meliputi karakteristik masyarakat dan rumah tangga. Sedangkan komponen kultural yang dapat dilihat meliputi persepsi terhadap risiko penyakit, peran gender, dan budaya berobat (Suarez, Gonzalez, Carrasquilla dan Quintero, 2009). Penelitian yang dilakukan di dua daerah di Kolombia tersebut menunjukkan bahwa penyakit demam berdarah *dengue* dianggap sebagai hal yang biasa di dalam kehidupannya sehari-hari (Suarez, Gonzalez, Carrasquilla dan Quintero, 2009).

Dalam penelitian ini, ditemukan bahwa penyakit demam berdarah *dengue* juga dimaknai secara berbeda oleh masyarakat di wilayah kerja dan petugas kesehatan. Bagi petugas kesehatan, dengan sudut pandang biomedis, demam berdarah *dengue* adalah penyakit berisiko wabah yang dapat menimbulkan kerugian materi hingga kematian apabila tidak ditangani dengan baik. Pandangan ini didukung oleh fakta bahwa penyakit tersebut dibawa oleh vektor nyamuk *Aedes aegypti* yang endemis di Provinsi Bali sehingga program kunjungan Gertak (Gerakan Serentak) yang dilakukan Jumantik di wilayah kerja lebih difokuskan untuk kepala keluarga. Berdasarkan pengumpulan data yang dilakukan, kader Jumantik melakukan pemantauan dan penyuluhan kepada siapapun yang ada di rumah seperti ibu rumah tangga.

Temuan ini serupa dengan yang disampaikan oleh Suarez, Gonzalez, Carrasquilla dan Quintero (2009). Dari sudut pandang kesehatan masyarakat, diperlukan upaya untuk mengurangi kejadian penyakit demam berdarah *dengue*. Namun pandangan yang muncul di masyarakat Kolombia bahwa penyakit ini dianggap sebagai gejala flu yang biasa. Pandangan tersebut juga berkaitan dengan pilihan tindakan yang dilakukan. Suarez, Gonzalez, Carrasquilla dan Quintero (2009) melihat adanya pengaruh persepsi risiko penyakit terhadap *therapeutic itenary* atau pilihan untuk mengobati masalah kesehatan.

Di dalam penelitian ini, bagi petugas kesehatan, masyarakat dianggap cenderung memilih tindakan kuratif (pengobatan di rumah sakit/pusat kesehatan) dibandingkan tindakan preventif (pencegahan risiko seperti PSN dan 4M Plus). Padahal, secara ideal petugas kesehatan Puskesmas menganggap tindakan preventif pemberantasan jentik sebagai solusi terbaik. Temuan ini melihat adanya perbedaan pandangan antara petugas kesehatan dan masyarakat, namun belum dapat melihat apakah pandangan yang ada di masyarakat berasal dari sistem personalistik. Namun, menurut argumen akademisi bidang kajian budaya dan sejarah, hal ini disebabkan oleh sifat masyarakat di wilayah kerja yang masih memerlukan bimbingan dari petugas kesehatan. Kemandirian warga dalam perilaku kesehatan dinilai sebagai sebuah proses yang memerlukan pembinaan terus menerus. Sedangkan perkembangan intelektual dan heterogenitas masyarakat menyebabkan pemahaman mengenai penyakit mulai bergeser dari personalistik ke biomedis.

Hal ini ditunjukkan dengan pilihan pengobatan kepada tenaga medis di rumah sakit atau Puskesmas.

Temuan penelitian mengindikasikan adanya *outrage* yang rendah di masyarakat mengenai isu demam berdarah *dengue*. Hal ini ditunjukkan dengan penuturan informan yang menganggap masyarakat seringkali bersikap acuh tak acuh dengan lingkungan sekitarnya. Berdasarkan hasil pengamatan, masih terdapat warga yang belum sadar tentang pentingnya memperhatikan keberadaan jentik nyamuk di rumah masing-masing. Walaupun demikian, risiko yang dibawa penyakit demam berdarah *dengue* dipersepsi tinggi. Hal ini diketahui dari pendapat informan di kedua wilayah kerja yang memaknai dan paham bahwa penyakit tersebut sangat berbahaya.

Komunikasi risiko merupakan penyampaian informasi tentang kemungkinan hal buruk untuk terjadi (Berry, 2007, h. 66). Menurut Sandman (2014) komunikasi risiko dapat dilakukan dengan melihat tingkat bahaya (*hazards*) sebuah isu dan tingkat *outrage* masyarakat. *Outrage* merupakan kondisi emosional yang terdiri atas rasa cemas dan amarah yang dirasakan masyarakat, sedangkan *hazard* merupakan tingkat bahaya sebuah penyakit (Sandman, 2014). Ketika sebuah isu dipersepsi oleh masyarakat sebagai hal yang biasa terjadi, ini menunjukkan adanya *outrage* yang rendah.

Menurut Sandman (2014), dalam kondisi tersebut strategi komunikasi risiko yang dapat dilakukan adalah *precautionary advocacy*. Strategi *precautionary advocacy* bertujuan untuk menstimulasi *outrage* secara sehat.

Pada umumnya, *precautionary advocacy* dilakukan dengan menggunakan media tertentu seperti media massa (Sandman, 2014). Hal ini serupa dengan apa yang ditulis oleh Littlejohn & Foss (2009) mengenai promosi kesehatan sebagai bagian dari komunikasi kesehatan. Promosi kesehatan didefinisikan sebagai cara untuk membuat orang lain mengadopsi perilaku atau tindakan tertentu melalui media komunikasi (Littlejohn & Foss, 2009). Walaupun demikian, Littlejohn & Foss (2009) mengkategorikan komunikasi risiko ke dalam bagian lain sebagai upaya identifikasi dan mengomunikasikan risiko kesehatan kepada masyarakat yang terdampak.

Penelitian ini menunjukkan bahwa kedua Puskesmas telah melakukan upaya stimulasi *outrage* melalui penyuluhan kesehatan yang dilakukan bagian Promosi Kesehatan dan program P2DBD secara terjadwal. Media komunikasi yang digunakan berupa media cetak seperti pamflet dan stiker. Sedangkan secara langsung dilakukan dengan penyuluhan keliling, penyuluhan di Posyandu maupun PKK. Secara teratur, pemantauan penyakit juga dilakukan pemegang program P2DBD dengan melakukan kunjungan ke rumah-rumah warga di wilayah kerja untuk mempromosikan PSN (Pemberantasan Sarang Nyamuk).

Selain perbedaan persepsi, peneliti melihat adanya mitos kesehatan yang muncul terkait dengan pilihan tindakan kesehatan. Berdasarkan penuturan informan, masyarakat di kedua wilayah kerja Puskesmas cenderung menganggap *fogging* sebagai solusi mengurangi risiko terjangkit demam berdarah *dengue*. Di sisi lain, petugas kesehatan menganggap *fogging* sebagai

pilihan terakhir karena risiko kesehatan yang dibawanya. Bagi petugas kesehatan, *fogging* memiliki dampak kepada sistem pernafasan karena bahan kimia yang digunakan. Selain itu, tindakan *fogging* dianggap hanya dapat membunuh nyamuk dewasa, sedangkan jentik dapat berkembang lebih banyak. Temuan ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Ekaputra, Ani dan Suastika (2013). Penelitian tersebut menunjukkan adanya sikap negatif masyarakat dalam program PSN (Ekaputra, Ani, & Suastika, 2013). Penelitian tersebut menunjukkan kurangnya partisipasi masyarakat di dalam program PSN dan lebih memilih penyemprotan (*fogging*) (Ekaputra, Ani, & Suastika, 2013).

Strategi demistifikasi mitos kesehatan ditunjukkan oleh laporan Cheng (2016). Melalui serangkaian pembelajaran seperti studi literatur dan studi kasus, terdapat mitos kesehatan yang muncul mengenai risiko terpapar radiasi zat radon. Mitos tersebut diluruskan (*demystified*) dengan memberikan informasi yang benar kepada pembaca. Laporan tersebut menyimpulkan bahwa strategi komunikasi risiko yang baik perlu menyediakan langkah-langkah yang jelas dan dasar untuk perubahan perilaku (Cheng, 2016). Dalam penelitian ini, strategi demistifikasi (*demystification*) mitos tindakan *fogging* menjadi saran yang dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan di Puskesmas. Sehingga, masyarakat tidak lagi menganggap *fogging* sebagai tindakan utama untuk mencegah risiko terjangkit demam berdarah *dengue*.

Penelitian ini melihat adanya perbedaan persepsi petugas kesehatan dan masyarakat dalam memandang risiko demam berdarah *dengue*. Perbedaan

persepsi antara petugas kesehatan dan masyarakat mengenai risiko kesehatan juga diilustrasikan dalam penelitian Umansky dan Fuhrberg (2017) tentang risiko pembangunan *gridline*. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa terdapat *false conflict* di antara politisi dan otoritas. Menurut Umansky dan Fuhrberg (2017) komunikasi risiko merupakan interaksi yang didasari oleh kesepahaman bersama dan pertentangan.

Beberapa penelitian sebelumnya yang ditunjukkan oleh karya Suarez, Gonzalez, Carrasquilla dan Quintero (2009) dan Umansky dan Fuhrberg (2017) melihat bahwa risiko dapat dipersepsikan secara berbeda antara pihak-pihak yang berkomunikasi di dalamnya. Karya Gonzales, Carrasquilla dan Quintero (2009) menjelaskan makna demam berdarah *dengue* dalam sudut pandang kesehatan lingkungan dan belum membahas bagaimana proses komunikasi risiko yang dilakukan. Umansky dan Fuhrberg (2017) menjelaskan komunikasi risiko memiliki komponen konflik dan kesepahaman antara pihak yang berinteraksi. Sedangkan penelitian ini menjelaskan bagaimana risiko demam berdarah *dengue* dikonstruksi melalui serangkaian program, tindakan kesehatan, dan komunikasi dengan konteks lokasi yang berbeda.

Kajian tentang komunikasi risiko ditunjukkan dalam beberapa penelitian berikut. Penelitian yang dilakukan Davis dkk. (2013) melihat persepsi antara dokter-pasien tentang komunikasi risiko yang dilakukan saat konsultasi. Penelitian tersebut dilakukan secara kualitatif. Penelitian yang dilakukan menunjukkan adanya lima tema di dalam konsultasi yang dianggap

penting yakni *decision-making*, *discussion of risk*, *patient involvement*, *patient satisfaction*, dan *treatment priorities*. Hasil penelitian itu menunjukkan adanya dampak pelatihan komunikasi risiko dan pengambilan keputusan bersama. Penggunaan grafik dan angka dianggap memperjelas konsultasi dan membuat pasien senang dan terlibat dalam pengambilan keputusan (Davis dkk., 2003).

Wu dan Li (2017) melakukan penelitian terkait *perceived risk* dan perilaku pencegahan pada bencana kabut di Tiongkok. Penelitian ini melihat bagaimana peran media massa dalam komunikasi risiko. Hasil penelitian menunjukkan bahwa media massa dan jejaring sosial memberikan pengalaman langsung terkait risiko. Namun, jejaring sosial memiliki tingkat prediksi yang lebih besar dibandingkan media massa (konvensional) (Wu & Li, 2017). Selain itu, penelitian Widiadi (2017) melihat bagaimana informasi risiko disampaikan kepada kelompok remaja *gay* di Jakarta. Hasil penelitian tersebut menunjukkan komunikasi risiko dilakukan oleh *outreach worker* yang dilakukan secara *online* untuk mempromosikan bahaya penyakit menular seksual dan HIV/AIDS.

Selanjutnya, penelitian Apriliyanti (2018) melihat pengkomunikasian risiko yang dilakukan dalam perawatan pasien gangguan jiwa di RSJ Radjiman Wediodiningrat, Malang. Penelitian fenomenologi tersebut menjelaskan pengalaman perawat dalam melakukan komunikasi risiko kepada keluarga pasien. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa komunikasi risiko penting untuk dilakukan kepada kelompok pendukung seperti keluarga.

Keluarga dianggap sebagai salah satu *support group* dalam kesembuhan pasien.

Penelitian ini memiliki sudut pandang yang berbeda dari penelitian yang telah disebutkan sebelumnya. Penelitian yang telah disebutkan sebelumnya berada di dalam konteks interpersonal dokter-pasien (Davis dkk., 2013); petugas kesehatan-support group (Apriliyanti, 2018); dan media massa (Wu & Li, 2017; Widiadi, 2017). Penelitian sebelumnya belum menunjukkan adanya keterkaitan antara bagian komunikasi kesehatan yang disampaikan oleh Litteljohn & Foss (2009). Penelitian ini melihat pengkomunikasian risiko kesehatan yang disampaikan dari organisasi kesehatan kepada masyarakat di wilayah kerja. Penelitian ini juga menyadari bahwa interaksi interpersonal, komunikasi risiko berada dalam konteks organisasional sehingga terdapat prosedur, program, dan ekspektasi terhadap organisasi tersebut. Penelitian ini sesuai dengan apa yang diungkapkan oleh Viswanath (dalam Donsbach, 2010) bahwa penelitian komunikasi kesehatan tidak hanya berfokus pada interaksi interpersonal, tetapi juga dalam sistem organisasi pelayanan masyarakat sehingga penelitian mengenai program komunikasi risiko dan promosi kesehatan (terkait isu kesehatan yang relevan di masing-masing daerah) yang dilakukan organisasi kesehatan menjadi layak untuk dilakukan

BAB V PENUTUP

5.1 Simpulan

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, peneliti dapat menarik simpulan sebagai berikut:

1. Strategi komunikasi risiko kesehatan tentang isu demam berdarah *dengue* dilakukan Puskesmas di kedua wilayah kerja melalui program P2DBD dan Promosi Kesehatan. Hal ini dilakukan dengan melakukan kunjungan ke rumah warga oleh Jumantik untuk pemantauan jentik dan penyuluhan individu. Selain itu, bagian Promosi Kesehatan dapat melakukan identifikasi risiko dan penyuluhan kelompok, di dalam dan di luar Puskesmas. Komunikasi risiko dilakukan dengan mengidentifikasi risiko kesehatan, menyusun pesan, menyampaikan pesan, dan evaluasi program.
2. Dalam melakukan komunikasi risiko terjangkit demam berdarah *dengue*, Puskesmas menunjukkan adanya strategi yang dilakukan sesuai dengan strategi *community organizing* seperti penguasaan wilayah kerja, penggunaan bahasa, *framing* pesan, kordinasi antara Promkes-P2DBD, dan advokasi lintas sektor (*opinion leader*). Informasi yang disampaikan juga tidak terbatas pada risiko yang dibawa penyakit demam berdarah *dengue*, tetapi juga pencegahan dan

penanganannya. Temuan ini juga mengindikasikan adanya keterkaitan antara konsep promosi kesehatan dan komunikasi risiko.

3. Penyakit demam berdarah *dengue* dikonstruksi sebagai penyakit yang berbahaya namun biasa terjadi di masyarakat. Hal ini ditunjukkan dengan temuan data pada petugas kesehatan dan masyarakat di kedua wilayah kerja Puskesmas. Demam berdarah *dengue* dipahami sebagai penyakit berbahaya dan berisiko kerugian, namun masih terdapat rasa apatis masyarakat terhadap program preventif terjangkit risiko penyakit demam berdarah *dengue*. Temuan ini dipertegas dengan karakteristik masyarakat di kedua wilayah kerja yang heterogen dan berorientasi pekerjaan.
4. Puskesmas sebagai organisasi kesehatan tidak hanya berperan sebagai solusi kuratif, tetapi juga preventif dengan menjalankan peran sebagai penyuluh kesehatan, pemantau kesehatan masyarakat, dan pembina kesehatan masyarakat.

5.2 Limitasi Penelitian

Penelitian ini telah dilakukan dengan prosedur ilmiah. Namun dalam proses pengerjaannya, peneliti menemukan beberapa limitasi penelitian sebagai berikut:

1. Penelitian ini menghadirkan sudut pandang akademisi bidang ilmu komunikasi serta kajian budaya dan sejarah mengenai karakteristik masyarakat lokal, konstruksi sosiokultural terhadap penyakit dan

kaitannya terhadap Puskesmas sebagai organisasi kesehatan. Namun penelitian ini belum menghadirkan sudut pandang ahli di bidang sosiologi kesehatan dan kesehatan masyarakat.

2. Penelitian ini menghadirkan sudut pandang petugas kesehatan dan masyarakat di dua wilayah kerja Puskesmas. Namun, akses dan keseimbangan data kedua wilayah menjadi tidak sama.
3. Penelitian ini mengungkap adanya mitos mengenai tindakan kesehatan pencegahan risiko demam berdarah *dengue* seperti *fogging*. Namun penelitian ini belum dapat menyusun strategi demistifikasi mitos tersebut.
4. Penelitian ini belum dapat mengungkap apakah persepsi masyarakat mengenai tindakan pencegahan DBD berasal dari sistem pemahaman personalistik.

5.3 Rekomendasi

Setelah menyadari adanya limitasi di dalam penelitian, terdapat beberapa rekomendasi bagi penelitian selanjutnya untuk memperkaya kajian komunikasi kesehatan, khususnya dalam sisi komunikasi risiko kesehatan sebagai berikut:

1. Untuk lebih menunjukkan sisi multidisipliner dari kajian ilmu komunikasi, penelitian selanjutnya dapat menghadirkan sudut pandang sosiologi dan kesehatan masyarakat, khususnya di bidang sosiologi kesehatan, kesehatan lingkungan dan epidemiologi.

2. Melihat adanya potensi dari media tradisional, penelitian selanjutnya akan lebih menarik apabila menggali potensi strategi komunikasi kesehatan menggunakan media tradisional seperti tari-tarian dan pertunjukan.
3. Penelitian selanjutnya dapat mempertimbangkan metode etnografi untuk mendapatkan data yang lebih terfokus dan komprehensif mengenai komunikasi risiko isu kesehatan tertentu.
4. Penelitian selanjutnya dapat mempertimbangkan karakteristik masyarakat di wilayah kerja Puskesmas terkait kepercayaan dan penerimaan program kesehatan seperti promosi kesehatan sebuah penyakit.
5. Penelitian selanjutnya dapat menunjukkan bagaimana menyusun pesan dalam usaha demistifikasi mitos tindakan kesehatan seperti *fogging*.

5.4 Penyusunan Proposisi

Setelah melakukan dialog antar kategori, peneliti melihat adanya keterkaitan dan kecenderungan sehingga dapat membangun beberapa proposisi. Adapun proposisi yang dibangun dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Penentuan strategi komunikasi risiko bergantung pada posisi dan peran Puskesmas bagi masyarakat.
2. Kendala yang dihadapi membentuk penyesuaian kembali strategi komunikasi risiko yang dilakukan.
3. Masyarakat dengan karakteristik urban cenderung memiliki *outrage* yang rendah terkait isu demam berdarah *dengue* dan memahaminya sebagai penyakit yang biasa terjadi.

DAFTAR PUSTAKA

- Alfitri. (2006). Komunikasi dokter-pasien. *MediaTor*, 7(1), 15-26
- Apriliyanti, R. (2018). *Menelusuri pengkomunikasian risiko dalam perawatan pasien gangguan jiwa di rsj dr. radjiman wediodiningrat*. Skripsi. Universitas Brawijaya.
- Badan Pusat Statistik. (2018). *Angka kesakitan/morbiditas/persentase penduduk yang mempunyai keluhan kesehatan*. Diakses pada 16 Maret 2018 dari <https://sirusa.bps.go.id/index.php?r=indikator/view&id=16>
- Berger, C. R., Roloff, M. E., Roskos-Ewoldsen, D. R. (2014). *Handbook ilmu komunikasi*. (D. S. Widowatie, Terjemahan). Bandung: Nusa Media
- Berry, D. (Eds.). (2007). *Health communication: Theory and practice*. Berkshire: Open University Press
- Boeijinga, A., Hoekens, H., Sanders, J. (2017). Risk versus planning health narratives targeting dutch truck drivers: Obtaining impact via different routes?. *International Journal of Communication*, 11(2017), 5007-5026.
- Candrawati, A. A. A. A., Suarjana, K., Wirawan, D. N. (2015). Perbedaan kepuasan pasien pada puskesmas ISO dan non ISO di Kota Denpasar. *Public Health and Preventive Medicine Archive*, 3(1), 34-42.
- Cegala, D. J. & Street Jr., R. L. (2014). Dimensi-dimensi interpersonal komunikasi kesehatan. Dalam Berger, C. R., Roloff, M. E., Roskos-Ewoldsen, D. R. (Ed.). *Handbook ilmu komunikasi* (h. 573-598). Bandung: Nusa Media
- Centers for Disease Control and Prevention. (2014). Crisis emergency risk communication: Be first, be right, be credible CERC Crisis Communication Plans. Diakses pada 19 Oktober 2018 dari https://emergency.cdc.gov/cerc/ppt/CERC_Crisis_Communication_Plans.pdf
- Cheng, W. (2016). Radon risk communication strategies: A regional story. *Journal of Environmental Health*, 78(6), 102-106.
- Christensen, H., Betterham, P. J., & O'Dea, B. (2014). E-health prevention for suicide prevention. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(2014), 8193-8212.
- Clark, C. C. (2002). *Health promotion in communities: Holistic and wellness approaches*. New York: Springer Publishing
- Davis dkk. (2003). Exploring doctor and patient views about risk communication and shared decision-making in the consultation. *Health Expect*, 6(3), 198-2017.

- Dickmann, P., Abraham, T., Sarkar, S., Wysocki, P., Cecconi, S., Apfel, F. Nurm U. Risk communication as a core public health competence in infectious disease management: Development of the ECDC training curriculum and programme. *Eurosurveillance*, 21(14), 1-5.
- Dinas Kesehatan Pemerintah Kota Denpasar. (2017, Juli 26). *Inovasi pelayanan publik dinas kesehatan kota denpasar "gema petik"(gerakan mandiri pemantau jentik*. Diakses pada 16 Maret 2018 dari <https://dinkes.denpasarkota.go.id/index.php/baca-berita/14727/INOVASI-PELAYANAN-PUBLIK-DINAS-KESEHATAN-KOTA-DENPASAR-%E2%80%9CGEMA-PETIK%E2%80%9DawalGERAKAN-MANDIRI-PEMANTAU-JENTIKakhir>
- Donsbach, W. (2010). *The international encyclopedia of communication theories*. Oxford: Blackwell Publishing
- Ekaputra, I. B. G., Ani, L. S., & Suastika, K. (2013). Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan keberadaan jentik aedes aegypti di puskesmas iii denpasar selatan. *Public Health and Preventive Medicine Archive*, 1(2), 189-197.
- Fagerlin, A., Ubel, P. A., Smith, D. M., Zigmund-Fisher, B. J. (2007). Making number matters: Present and future research in risk communication. *American Journal of Health Behavior*, 31(2007), S47-S56.
- Gamhewage, G. (2014). *An introduction to risk communication*. Diakses pada 28 Januari 2018 dari <http://www.who.int/risk-communication/introduction-to-risk-communication.pdf>
- Gebbers, T., De Wit, J. B. F., Appel, M. (2017). Transportation into narrative worlds and the motivation to change health-related behavior. *International Journal of Communication*, 11(2017), 4886-4906.
- Gesser-Edelsburg, A., Mordini, E., James, J. J., Greco, D., & Green, M. S. (2014). Risk communication recommendations and implementation during emerging infectious diseases: A case study of the 2009 H1N1 influenza pandemic. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 8(2), 158-169.
- Georgiadis, M. (2013). Motivating behavior change: A content analysis of public service announcements from the let's move campaign. *The Elon Journal of Undergraduate Research in Communication*, 4(1), 60-70
- Grandy, G. (2010). Instrumental case study. Dalam A. J. Mills, G. Durepos & E. Wiebe (Ed.). *Encyclopedia of case study research* (h. 474-475). Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.

- Hadi, M.C , Rusminingsih, N. K., Marwati, N. M. (2015). Peran jumentik dalam menurunkan insidens rate di kota denpasar. *Jurnal Skala Husada*, 12(1), 89-95
- Infanti, J., Sixsmith, J., Barry, M. M., Núñez-Córdoba, J., Oroviogicochea-Ortega, C. & Guillén-Grima, F. (2013). *A literature review on effective risk communication for the prevention and control of communicable diseases in Europe*. Stockholm: ECDC
- Jata, D., Putra, N. A., Pujastawa, I. B. G. (2016). Hubungan perilaku masyarakat dalam pemberantasan sarang nyamuk dan faktor lingkungan dengan kejadian demam berdarah dengue di wilayah puskesmas I denpasar selatan dan puskesmas I denpasar timur. *Ecotrophic*, 10(1), 17-21.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2017). *Data dan informasi profil kesehatan Indonesia 2016*. Diakses pada Desember 26, 2017 dari <http://www.depkes.go.id/resources/download/pusdatin/lain-lain/Data%20dan%20Informasi%20Kesehatan%20Profil%20Kesehatan%20Indonesia%202016%20-%20%20smaller%20size%20-%20web.pdf>
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2014). *Data dasar puskesmas provinsi bali keadaan desember 2013*. Diakses pada Januari 23, 2018 dari <http://www.depkes.go.id/download.php?file=download/pusdatin/data-dasar-puskesmas/17.%20Data%20Dasar%20Puskesmas%20final%20-%20Bali.pdf>
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2016). *Kemenkes keluarkan surat edaran pemberantasan sarang nyamuk dengan 3m plus dan gerakan 1 rumah 1 jumentik*. Diakses pada 12 Januari 2018, dari <http://www.depkes.go.id/article/view/16121400002/kemenkes-keluarkan-surat-edaran-pemberantasan-sarang-nyamuk-dengan-3m-plus-dan-gerakan-1-rumah-1-jum.html>
- Kreps, G. L. (2015). Health communication inquiry and health promotion: A state of the art review. *Journal of Nature and Science*, 1(2), 1-12.
- Kriyantono, R. (2014). *Teknik praktis riset komunikasi*. Jakarta: Kencana.
- Lammers, J. C., & Barbour, J. B., & Duggan, A. P. (2003). Organizational forms of the provision of health care: An institutional perspective. Dalam T. L. Thompson, A. Dorsey, K. I. Miller, & R. Parrot (Ed.). *Handbook of health communication* (h. 319-345). London: Lawrence Erlbaum Associates
- Lemal, M. & Merrick, J. (2011). Health risk communication. *International Public Health Journal*, 3(1), 3-5.
- Littlejohn, S. W & Foss, K. A. (2009). *The encyclopedia of communication theories*. Thousand Oaks: SAGE Publications

- Littlejohn, S. W. & Foss, K. A. (2014). *Teori komunikasi (9th ed.)*. (M. Y. Hamdan, Terjemahan). Jakarta: Salemba Humanika
- Lou, S., Lloyd, L. S., & O'Shea, D. J. (2003). *Community health advocacy*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers
- Miles, M. B., Huberman, A. M., Saldana, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook (3rd ed.)*. USA: SAGE Publications
- Mitra, A. K. & Mawson, A. R. (2017). Neglected tropical diseases: Epidemiology and global burden. *Tropical Medicine and Infectious Disease*, 2(36), 1-15
- Mulianazar, S. (2017). Komunikasi persuasif dinas kesehatan kota pekanbaru dalam upaya pencegahan demam berdarah *dengue* (dbd). *JOM FISIP*, 4(1), 1-15.
- Mulyana, D. (2002). Pengaruh terpaan informasi kesehatan di televisi terhadap hidup sehat keluarga. *MediaTor*, 3(2), 309-322
- Mulyana, D. dkk. (2018). *Komunikasi kesehatan: Pemikiran dan penelitian*. Bandung: Remaja Rosdakarya
- Naik, G., Ahmed, H., & Edwards, A. GK. (2012). Communicating to patients and the public. *British Journal of General Practice*, 62(597), 213-216.
- Neuman, W. L. (2014). *Social research methods: Qualitative and quantitative approaches (7th ed.)*. Edinburgh Gate: Pearson Education Limited
- Puskesmas I Denpasar Timur. (2016). *Profil kesehatan puskesmas I denpasar timur kota denpasar 2016*. Diakses pada Januari 3, 2018 dari http://denpasarkota.go.id/assets_subdomain/CKImages/files/profil%20pusk%20I%20dentim.pdf
- Puskesmas I Denpasar Selatan. (2017). *Profil kesehatan puskesmas I denpasar selatan kota denpasar tahun 2017*. Teks tidak terpublikasi.
- Rimal, R. N. & Adkins, A. D. (2003). Using computers to narrowcast health messages: The role of audience segmentation, targeting, and tailoring in health promotion. Dalam T. L. Thompson, A. Dorsey, K. I. Miller, & R. Parrot (Ed.). *Handbook of health communication* (h. 497-513). London: Lawrence Erlbaum Associates
- Prasanti, D. (2017). Komunikasi terapeutik tenaga medis tentang obat tradisional bagi masyarakat. *MediaTor*, 10(1), 53-64
- Putera, A. (2017a, September 12). *Di denpasar kasus dbd belum tertuntaskan*. Diakses pada 2 Februari 2018, dari <http://www.balipost.com/news/2017/09/12/21153/Di-Denpasar,Kasus-DBD-Belum...html>

- Putera, A. (2017b, November 20). *Seluruh desa di denpasar endemis dbd*. Diakses pada 2 Februari 2018 dari <http://www.balipost.com/news/2017/11/20/28577/Seluruh-Desa-di-Denpasar-Endemis...html>
- Sari, Y. M. (2013). Evaluasi pelaksanaan program pemberantasan penyakit dbd (p2dbd) di wilayah kerja puskesmas tamalanrea Makassar. *Jurnal Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 9(2), 125-132.
- Sandi, N. P. D. A., & Martini, N. K. (2014). Pengaruh faktor motivasi terhadap kinerja juru pemantau jentik dalam pelaksanaan pemberantasan sarang nyamuk di kecamatan denpasar selatan tahun 2013. *Community Health*, II(1), 120-132.
- Sandman, P. M. (2014). *Dr. peter m. sandman introduction to risk communication and orientation to this website*. Diakses pada 16 Maret 2018 dari <http://www.psandman.com/index-intro.htm>
- Scherer, C. W, & Juanillo Jr., N. K. (2003). The continuing challenge of community health risk management and communication. Dalam T. L. Thompson, A. Dorsey, K. I. Miller, & R. Parrot (Ed.). *Handbook of health communication* (h. 497-513). London: Lawrence Erlbaum Associates
- Schiavo, R. (2007). *Health communication: From theory to practice*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Suarez, R., Gonzalez, C., Carrasquilla, G., Quintero, J. (2009). An ecosystem perspective in the socio-cultural evaluation of dengue in two Colombian towns. *Cad Saude Publica*, 25(1), S104-S114.
- Suyatra, I. P.(2017, November 18). Denpasar catat 910 kasus dbd sepanjang 2017. Diakses pada 2 Februari 2018 dari <https://www.jawapos.com/baliexpress/read/2017/11/18/27640/denpasar-catat-910-kasus-dbd-sepanjang-2017>
- Thomas, R. K. (2006). *Health communication*. New York: Springer Science Business+Media
- Umansky, D. & Fuhrberg, R. (2018). Improving risk communication and public participation through mutual understanding: A coorientation approach. *Journal of Communication Management*, 22(1), 2-13
- United Nations Development Programme. (2018). *Sustainable development goals*. Diakses pada 22 April 2018 dari <http://www.undp.org/content/undp/en/home/sustainable-development-goals.html>
- World Health Organization. (2009). *Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Diakses pada Desember 26, 2017, dari

http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf

- World Health Organization. (2013). Health and environment: Communicating the risk. Italy: Grafiche Antiga spa
- World Health Organization. (2017). *Global Health Observatory Data*. Diakses pada November 9, 2017, dari <http://www.who.int/gho/hiv/en/>
- Wright, K. B., Sparks, L., O'Hair, H. D. (2013). *Health communication in the 21st century*. West Sussex: John Wiley & Sons Inc.
- Wu, X. & Li, X. (2017). Effects of mass media exposure and social network site involvement on risk perception of and precautionary behavior toward the haze issue in china. *International Journal of Communication*, 11(2017), 3975-3977
- Widiadi, S. (2017). Komunikasi risiko hiv dan aids bagi kelompok remaja gay di Jakarta. *Jurnal Visi Komunikasi*, 16(1), 1-13.
- Yin, R. K. (2015). *Studi kasus: Desain dan metode (14th ed.)*. (M. D. Mudzakir, Terjemahan). Jakarta: Rajawali Press

INTERVIEW GUIDE

- Biodata
 - Nama :
 - Tempat, Tanggal Lahir :
 - Jabatan/Departemen :
 - Lama Bekerja :
- Puskesmas sebagai Organisasi Kesehatan
 1. Dapatkah diceritakan tentang fungsi puskesmas bagi masyarakat?
 2. Di puskesmas, bagian apa (siapa) yang bertanggung jawab untuk melakukan penyampaian informasi tentang potensi bahaya sebuah penyakit (risiko)? Dapatkah diceritakan tentang tugas/fungsi bagian tersebut?
 3. Terkait dengan pertanyaan sebelumnya, bagian apa yang melakukan aktivitas komunikasi tentang risiko penyakit seperti demam berdarah *dengue* kepada masyarakat di wilayah kerja? Dapatkah diceritakan tentang tugas tersebut?
 4. Bagaimana kinerja petugas Puskesmas yang bekerja di lapangan? Apakah terdapat kualifikasi khusus yang harus dimiliki seorang petugas lapangan? Mohon diceritakan
 5. Bagaimana cara menyampaikan informasi kesehatan (termasuk informasi tentang risiko) kepada masyarakat di wilayah kerja? Khususnya tentang risiko terjangkit demam berdarah *dengue*?
- Panduan dan Program Komunikasi Risiko DBD
 6. Apakah terdapat panduan khusus mengenai cara mengkomunikasikan informasi kesehatan/risiko kesehatan kepada masyarakat? Jika ada, dapatkah diceritakan tentang panduan tersebut?
 7. Bagaimana penerapan panduan penyampaian informasi kesehatan tersebut di wilayah kerja puskesmas?
 8. Apa saja program yang dilakukan untuk memberikan informasi kesehatan tentang demam berdarah *dengue*?
 9. Bagaimana karakteristik dari masing-masing program tentang dbd yang telah disebutkan sebelumnya? (proses pengumpulan informasi, *key message*, dan koordinasi kepada pihak lain)
 10. Bagaimana panduan tersebut diimplementasikan pada program di puskesmas? Khususnya terkait komunikasi risiko terjangkit demam berdarah *dengue*?
- Strategi Komunikasi Risiko

11. Dapatkah diceritakan mengenai karakteristik masyarakat di wilayah kerja? (asal, pekerjaan, atau karakteristik lainnya)
12. Bagi Anda, apa yang idealnya dilakukan masyarakat dalam menghadapi risiko terjangkit dbd?
13. Bagaimana cara Puskesmas menyampaikan informasi kesehatan kepada masyarakat di wilayah kerja? Khususnya tentang risiko dbd?
14. Bagaimana cara Puskesmas melakukan komunikasi risiko terjangkit demam berdarah *dengue* di wilayah kerja?
15. Apakah Puskesmas melibatkan masyarakat wilayah kerja dalam proses tersebut? Dapatkah diceritakan tentang seberapa jauh keterlibatan masyarakat di dalam komunikasi risiko dbd?
16. Bagaimana masyarakat menanggapi program komunikasi risiko kesehatan yang telah dilakukan Puskesmas di wilayah kerja?
- Kendala atau Permasalahan yang Dialami Organisasi
17. Apakah terdapat kendala/permasalahan pada saat mengkomunikasikan risiko dbd kepada masyarakat di wilayah kerja? Dapatkah diceritakan? (Baik dari internal organisasi seperti promosi kesehatan, atau dari masyarakatnya)
18. Bagaimana Anda memandang persepsi/konstruksi/anggapan masyarakat terkait penyakit seperti dbd?
19. Bagaimana pemahaman masyarakat di wilayah kerja tentang pentingnya program pencegahan dan risiko penyakit dbd?
20. Apakah terdapat evaluasi terkait program-program yang telah dilakukan? Khususnya terkait risiko terjangkit dbd?
21. Bagaimana cara Puskesmas mengevaluasi program tersebut? Apakah terdapat indikator tertentu dalam keberhasilan program?

INTERVIEW GUIDE

- Biodata
 - Nama :
 - Tempat, Tanggal Lahir :
 - Jabatan/Departemen :
 - Lama Bekerja :
- Pandangan tentang Ciri Khas Masyarakat
 1. Bagaimana karakteristik khas masyarakat di Denpasar? (Di Bali secara umum) dari sudut pandang sosiologis?
 2. Bagaimana karakteristik khas masyarakat di Denpasar? (Di Bali secara umum) dari sudut pandang budaya?
- Konstruksi Risiko Kesehatan
 1. Bagaimana karakteristik masyarakat (Bali secara umum) dalam memandang risiko kesehatan (dari sudut pandang Sosiolog/Budaya); bagaimana dengan penyakit dbd?

INTERVIEW GUIDE

- Biodata

Nama :
Tempat, Tanggal Lahir :
Jabatan/Departemen :
Lama Bekerja :

- Sudut Pandang Terhadap Program

1. Bagaimana partisipasi masyarakat di dalam program PSN/P2DBD yang dilakukan Puskesmas di wilayah kerja? Mengapa demikian?
2. Bagaimana Anda melihat program tersebut?
3. Selama ini pemerintah melakukan upaya apa saja dalam penanganan risiko terjangkit dbd/penyakit lainnya?
4. Bagaimana kendala yang dirasakan dari program tersebut?
5. Bagaimana Anda memandang demam berdarah *dengue*? (bagaimana penyebab dan penanganannya? Mengapa demikian?)
6. Bagaimana keterkaitan dari pandangan masyarakat terkait risiko dbd dengan nilai yang dianut oleh masyarakat?
7. Bagaimana respon masyarakat di sekitar Anda ketika terdapat kasus dbd?
8. Bagaimana masyarakat melihat organisasi kesehatan (Puskesmas) dalam menangani kasus dbd?

OBSERVATION GUIDE & FIELD NOTES

No.	Jenis Observasi	Lokasi dan Waktu	Keterangan
1.	Bentuk informasi dalam komunikasi risiko kesehatan	Desa Sidakarya (22 Juni 2018)	Jumantik selaku kader kesehatan menganggap warga sudah mengetahui apa itu dbd. Dalam waktu kunjungan yang singkat informasi yang diberikan berupa pencegahan, himbauan PSN dan 4 M Plus dan penggunaan abate. Belum ada informasi mengenai tindakan <i>fogging</i> dan penanganan dbd.
2.	Interaksi antara kader kesehatan dengan masyarakat di wilayah kerja		Jumantik lebih sering menggunakan Bahasa Bali untuk berkomunikasi kepada warga di wilayah kerja. Sese kali menyisipkan informasi penting dalam Bahasa Indonesia. Jumantik tidak hanya datang dan langsung memberi informasi, tetapi bertanya terlebih dahulu kepada pemilik rumah tentang kondisi dan penampungan air mereka.
3.	Penerimaan warga terhadap kedatangan kader kesehatan		Dari target 30 KK setiap kunjungan, beberapa rumah yang dikunjungi terlihat sepi dan terkunci walaupun masih pagi. Terdapat sedikit penghuni rumah <i>kost</i> yang menerima jumantik. Sedangkan warga yang memang memiliki rumah pribadi cenderung menerima jumantik dan informasi yang disampaikan. Beberapa penolakan muncul ketika Jumantik ingin memeriksa penampungan air yang berada di kamar mandi.
4.	Strategi kader kesehatan dalam komunikasi risiko kesehatan		Jumantik mengucapkan salam, memperkenalkan diri pada orang yang ditemui di rumah warga. Lalu mereka menanyakan kabar, kondisi penampungan air dan meminta izin untuk melakukan pengecekan rumah. Setelah pengecekan, lalu dicatat di kartu kendali dan warga diberikan himbauan singkat tentang PSN

			dan 4MPlus.
5.	Aktivitas/program yang dilakukan saat kunjungan ke rumah		Jumantik yang mengenal warga di rumah yang dikunjungi akan lebih sering bertanya mengenai hal-hal personal seperti keadaan anggota keluarga. Tetapi tujuan utama kunjungan adalah melakukan pemantauan jentik, penyuluhan individu dan melihat apakah terdapat warga yang sakit atau tidak (terlepas apakah itu DBD atau bukan)



OBSERVATION GUIDE & FIELD NOTES

No.	Jenis Observasi	Lokasi dan Waktu	Keterangan
1.	Bentuk informasi dalam komunikasi risiko kesehatan	Jl. Kecubung, Sumerta Kaja (23 Agustus 2018)	Jumantik selaku kader kesehatan menganggap warga sudah mengetahui apa itu dbd. Dalam waktu kunjungan yang singkat informasi yang diberikan berupa pencegahan, himbauan PSN dan 4 M Plus dan penggunaan abate. Terdapat himbauan untuk memelihara ikan pemakan jentik karena banyak rumah memiliki kolam/pot berisi tanaman air. Belum ada informasi mengenai tindakan <i>fogging</i> dan penanganan dbd.
2.	Interaksi antara kader kesehatan dengan masyarakat di wilayah kerja		Jumantik lebih sering menggunakan Bahasa Bali untuk berkomunikasi kepada warga di wilayah kerja. Sesekali menyisipkan informasi penting dalam Bahasa Indonesia. Jumantik yang mengenali warga akan lebih cair dalam berkomunikasi dan berinteraksi dengan balita/anak kecil di rumah yang dikunjungi.
3.	Penerimaan warga terhadap kedatangan kader kesehatan		Warga di lokasi ini lebih banyak yang tinggal di rumah pribadi. Mereka cukup terbuka dengan mengizinkan Jumantik mengecek sekitar rumah. Namun warga lansia biasanya bersikap resisten dengan mengucapkan " <i>tiang ten nawang</i> " (saya tidak tahu). Begitu pula saat peneliti ingin mewawancarai warga lansia, mereka lebih banyak menganggap mereka tidak tahu apa-apa walaupun tinggal di sana sudah sangat lama.
4.	Strategi kader kesehatan dalam komunikasi risiko kesehatan		Seperti lokasi sebelumnya, Pertama, Jumantik mengucapkan salam, memperkenalkan diri pada orang yang ditemui di rumah warga. Lalu mereka menanyakan kabar, kondisi penampungan air dan meminta

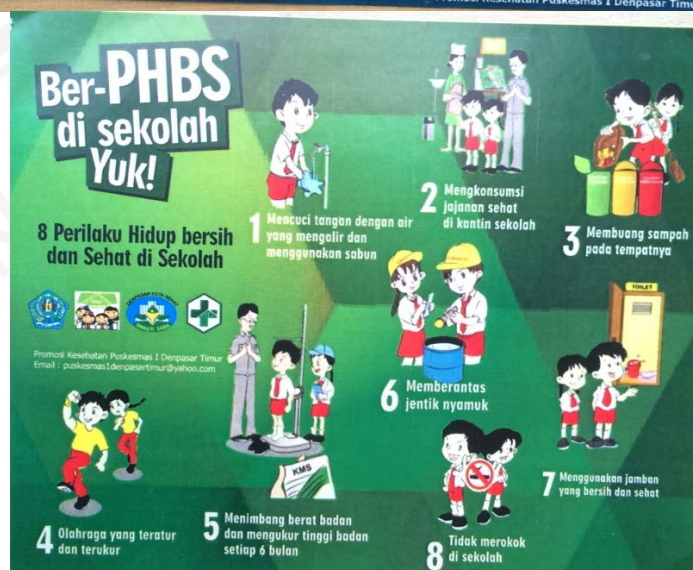
			izin untuk melakukan pengecekan rumah. Setelah pengecekan, lalu dicatat di kartu kendali dan warga diberikan himbauan singkat tentang PSN dan 4MPlus.
5.	Aktivitas/program yang dilakukan saat kunjungan ke rumah		Tujuan utama kunjungan adalah melakukan pemantauan jentik, penyuluhan individu mengenai DBD



DOKUMENTASI



Gambar 1 Lampiran Pamflet sebagai Media Komunikasi





Gambar 2 Lampiran 3 Stiker PHBS Promosi Kesehatan



Gambar 3 Lampiran Stiker Waspada Demam Berdarah



Gambar 4 Gertak di Desa Sidakarya

No.	Media Komunikasi	Jenis Informasi
1.	Pamflet (Disediakan oleh Dinas Kesehatan Kota Denpasar yang diberikan di Puskesmas I Denpasar Selatan)	Apa itu DBD, ciri-ciri terjangkit DBD, langkah pencegahan, langkah kuratif, lokasi berisiko DBD, himbauan untuk melakukan PSN dan 4M Plus
2.	Stiker Waspada Demam Berdarah (Diberikan di Puskesmas I Denpasar Timur)	Apa itu DBD, ciri-ciri terjangkit DBD, himbauan melakukan Gema Petik, langkah pencegahan dan langkah kuratif (pelaporan ke kaling dan Puskesmas)
3.	Stiker PHBS Rumah Tangga dan PHBS Sekolah (Diberikan di Puskesmas I Denpasar Timur oleh Promosi Kesehatan)	Melihat adanya integrasi informasi pencegahan DBD dalam PHBS Promosi Kesehatan. Seperti “memberantas jentik nyamuk” di PHBS Sekolah (poin 6). Hal ini berkaitan dengan program Jumantik Cerdas. Selain itu terdapat PHBS Rumah Tangga yang menghimbau “membersihkan bak mandi” (poin 7) untuk mengurangi risiko terjangkit dbd dengan mengurangi potensi nyamuk berkembang biak.

LAMPIRAN

Lampiran

Transcript verbatim

Hasil *interview* 1

Tanggal : 10 Mei 2018

Waktu : 12.58-13.04

Keterangan:

P: Peneliti

S: Dr. Susanne Dida, M.M.

<i>Codes</i>	<i>Transcript</i>	Keterangan
Kategori kinerja Puskesmas yang tergantung pada: akses terhadap Dinas, kota, informasi, pelatihan dan pemberian pelatihan.	<p>P: Selamat siang, saya ingin bertanya mengenai bagaimana Ibu melihat kinerja Puskesmas dalam melakukan komunikasi kesehatan?</p> <p>S: Secara umum yah..</p> <p>P: Iya, secara umum..</p> <p>S: Ee.. memang ada beberapa kategori sih kalau Puskesmas yang aksesnya terhadap Dinas Kesehatan dekat, di kota, akses terhadap informasinya banyak, itu adalah lebih bagus. Apalagi dia pernah melatih, dilatih.. kan salah satu (penyetus) Puskesmas adalah untuk pelatihan yah...itu lebih bagus. Itu tergantung gitu, tergantung aksesnya, Puskesmasnya ada di mana, berapa kali pelatihan, pernah mendapat pelatihan dari mana, apakah orangnya tertarik di bidang itu, kan begitu...</p>	
Pemberi pelatihan dapat bekerja sama dengan perguruan tinggi atau LSM	<p>P: Pelatihan yang dimaksud ini...</p> <p>S: Pelatihan komunikasi kesehatan kan ada untuk petugas kesehatan.</p> <p>P: Berarti kaitannya dengan Dinas ya Bu?</p> <p>S: Ada Dinas yang melakukan... iya dong, dia kan di bawah Dinas Kesehatan. Tentang kerja sama nya siapa yang ngelatih, kalau Dinas</p>	

<p>Kondisi ideal Puskesmas dari sisi komunikasi. Meliputi: <i>basic</i> pengetahuan terhadap budaya, bahasa pengantar, pendekatan, pendidikan masyarakat, kebiasaan masyarakat, hingga larangan setempat.</p> <p>Pengalaman riset tentang penyesuaian komunikasi kesehatan Puskesmas dengan budaya setempat di Jawa Barat.</p> <p>Kendala di Puskesmas: waktu pelayanan dan ruangan yang terbatas. Penyuluhan dilakukan di tempat kegiatan umum seperti: Masjid, tempat arisan, hingga tempat MCK.</p>	<p>bekerja sama dengan perguruan tinggi, ya orang perguruan tinggi. Kalau Dinas bekerjasama dengan LSM, ya LSM.. kan begitu.</p> <p>P: Lalu secara akademis Bu, bagaimana seharusnya.. idealnya.. komunikasi yang dilakukan di wilayah kerja masing-masing ya Bu?</p> <p>S: Ya.. artinya Puskesmas kan sebagai ujung tombak pelayanan dasar masyarakat yah.. kesehatan dasar masyarakat.. ya harusnya sih dia punya <i>basic</i>. Artinya, ketika melakukan penyuluhan kepada masyarakat dia harus tahu benar budaya masyarakat setempat..ya..ee.. pengantar bahasa yang disampaikan.. kalau masyarakatnya tidak bisa Bahasa Indonesia gimana? Yak an.. pendekatannya seperti apa? Pendidikan masyarakatnya seperti apa? Kebisaaannya seperti apa? Larangannya seperti apa? Jangan sampai ketika memberikan informasi pada masyarakat tidak dipahami bahkan ada sampai melanggar peraturan-peraturan atau budaya setempat. Itu kan harus dihindari...ya.</p> <p>P: Ee.. terkait dengan budaya setempat Bu..apakah Ibu ada pengalaman begitu Bu dalam riset tentang penyesuaian itu?</p> <p>S: Banyak... banyak...banyak.. Itu untuk khusus Jawa Barat yah.. Jadi masyarakat.. sebagian masyarakat Jawa Barat beda dengan Jawa yah.. tidak bisa Bahasa Indonesia. Maka digunakan Bahasa Sunda... atau bahasa campuran. Tempatnya juga begitu. Jadi kalau kadang kalau mau ngasih penyuluhan individu di Puskesmas, pribadi bisa sangat itu..tapi kan hanya sebentar waktunya. Karena kan pelayanan. Tapi kalau secara keseluruhan, secara umum..kalau di Puskesmas berisik, ruangnya terbatas.</p>	
--	---	--

<p>Salah satu pengalaman riset di Tanjung Sari. Petugas kesehatan bersifat jemput bola. Petugas kesehatan harus <i>adjust</i> dengan kebiasaan masyarakat.</p> <p><i>Home visit</i> sebagai solusi penyuluhan kesehatan karena keterbatasan waktu di Puskesmas</p> <p><i>Skill</i> komunikasi yang</p>	<p>Biasanya ibu-ibu menggunakan fasilitas..eee.. atau petugas kesehatan..petugas kesehatan menyesuaikan dengan.. dengan fasilitas yang ada. Contohnya di Masjid, contohnya di tempat arisan, contohnya di tempat pekerjaan. Bahkan di Jawa Barat ada yang di tempat MCK, di tempat mandi, cuci, kakus umum gitu...ya. Dia sambil pagi-pagi sambil cuci-cuci, beres-beres...itu disitu loh petugas kesehatan itu. Bidan memberikan penjelasan pakai Bahasa Sunda sampai dia juga ikutan cuci-cuci..dan sebagainya.. kan tidak ada waktu yang yanf terbuang kalau mau penyuluhan pada masyarakat. Tidak ada.. orang sambil jalan kok dan sebagainya. Orang tidak membuang ongkos, tidak memerlukan energi, tidak mempersiapkan harus mandi dulu.. ya kan... Jadi yang harus jemput bolanya petugas kesehatannya.. mendekati masyarakat..Begitu juga pengalaman saya di Tanjung Sari. Ketika lagi musim panen tembakau. Itu seharian motong-motong, sampai malem, dan gaboleh terputus, itu di situ kita kasi penjelasan. Bari makan ikutan..bari ngobrol.. dan sebagainya. Artinya, jadi ketika aktivitas memuncak, kitanya harus <i>adjust</i> dengan kebiasaan masyarakat.</p> <p>P: Berarti, aktivitas dari petugas kesehatan ini yang menyesuaikan kondisi di masyarakat?</p> <p>S: Iya.. iya.. ka nada <i>home visit</i>. Ada <i>home visit</i>. Kalau di puskesmas kan terbatas waktunya.. dan sebagainya. Itu yang harus ditindak lanjuti ke rumah-rumah itu atau penyuluhan kelompok itu yang <i>home visit</i> itu atau penyuluhan itu harus didatangi..gitu.. dan sebagainya. Bahkan ada beberapa petugas kesehatan yang bagus yah..kita sedang panen aja.. sedang</p>	
--	--	--

<p>harus dimiliki. Meliputi: pengetahuan budaya masyarakat, kebiasaan, karakter, ketersediaan fasilitas, dan kesediaan masyarakat.</p>	<p>begini-begini.. ikutan juga gitu kan lucu ya... Jadi dari situ ada nilai (setempat) lebih jadi lebih tahu kebiasaan masyarakat sedang apa sih.. dilakukan itu? Dan sejauh mana sih mereka bisa menangkap informasi ketika sedang melakukan aktivitas tersebut.. perlu apa engga? Kan begitu. Jadi.. jadi ngga dibuat.. ngga diada-adain. Itu kan jauh lebih <i>natural</i>.</p>	
<p>Faktor yang berperan dalam kesediaan masyarakat mengikuti program komunikasi kesehatan. Meliputi: ekonomi, tingkat pengetahuan, sistem sosial (pemuka masyarakat)</p>	<p>P: Ee.. berarti dari sana juga muncul <i>skill</i> komunikasi ya Bu yang? Yang harus dimiliki oleh...</p> <p>S: Harus.. karena komunikasi ngga bisa berjalan sendiri. Orang yang berkomunikasi dengan baik dia harus tahu budaya di masyarakat setempat, kebiasaan, karakter masyarakat setempat, ketersediaan fasilitas yang baik, termasuk kesediaan dia.. waktu.. waktu apa? Ngga bisa dia dijadwal dengan masyarakat udah ga bisa..tapi masyarakat sedang apa? Deketin.</p>	
<p>Tujuan program kesehatan. Tujuan tersebut adalah untuk <i>empowerment</i> dan menciptakan masyarakat yang <i>empowered</i>.</p>	<p>P: Kesedian masyarakat, budaya, dan karakteristik mereka</p> <p>S: Betul... betul. Akes terhadap ekonomi, tingkat pengetahuan, sistem sosial. Jadi kalau masyarakatnya sistem sosialnya tidak bisa langsung kita kungjungi, dan harus melalui pemuka masyarkat..deketin dong pemuka masyarakatnya. Jadi bantu untuk mengumpulkan dia.. lantas kita yang ngasi penyuluhan</p> <p>P: Karena kita tidak bisa membuat sebuah program..ee.. dengan tidak melakukan pendekatan begitu ya Bu maksudnya?</p> <p>S: Iya. Karena intinya kan program dibuat untuk <i>empowerment</i>, jadi untuk memberdayakan masyarakat kan ada <i>empowerment</i>. Jadi masyarakat itu harus <i>empowered</i>, harus melek, harus berdaya. Iya dong.. Bukan petugasnya harus pinter juga.. dianya juga harus berdaya. Jadi kalau petugas</p>	

	<p>pengetahuannya di sini, masyarakatnya di sini. Ini harus menyesuaikan ke bawah, ini naik ke atas. Jadi satu gini. Gitu kan.. harusnya begitu kan. Masyarakat jadi pintar, kita jangan yang <i>sok teu..</i> ke bawah gitu. Kan gitu..</p> <p>S: Saya mau ke sana..</p> <p>P: Terimakasih banyak Bu</p> <p>S: Iya sama-sama</p> <p>P: Mungkin kalau habis acara (akan mewawancarai kembali)...</p> <p>S: Boleh. Boleh kalau masih ada acara.</p> <p>P: Terima kasih banyak bu..</p> <p>S: Ya sama-sama..</p> <p>P: Saya mohon izin untuk menulis nama Ibu nanti di laporan saya..</p> <p>S: Boleh..</p> <p>P: Terima kasih Bu.. dalam perspektif ahli begitu Bu..</p> <p>S: Terima kasih ya...</p> <p>P: Terima kasih banyak waktunya Bu</p> <p>S: Sama-sama..</p>	
--	--	--

LAMPIRAN

Lampiran 1

Transcript verbatim

Hasil *depth-interview* 1

Tanggal : 2 Mei 2018

Waktu : 12.00-12.17

Keterangan:

P: Peneliti

G: Prof. Dr. I Gde Parimarta MA

<i>Codes</i>	<i>Transcript</i>	Keterangan
Karakteristik kultural masyarakat Bali dalam melihat kesehatan. Penyakit dan pengobatan dikaitkan dengan hasil pemberian Tuhan dan <i>dewa-dewi</i> . Perkembangan zaman membuat persepsi kesehatan seperti itu mulai berkurang.	<p>P: Baik prof., saya ingin bertanya tentang bagaimana, um.., karakteristik masyarakat Bali khususnya di Denpasar terkait dengan um.., faktor-faktor budaya atau kultural mereka?</p> <p>G: Ya.. hubungannya yang penting..sekarang faktor budaya kan macam-macam. Ada tentang budaya kesehatan, budaya tentang agrarian, budaya tentang sosial kemasyarakatan, itu kan semua menyangkut tentang budaya. Sekarang dalam hubungan ini barangkali penting.. bagaimana budaya masyarakat mengenai kesehatan. Atau persepsi masyarakat terhadap kesehatan. Itu yang barangkali penting untuk dipahami supaya masyarakat mempunyai pandangan, mempunyai gambaran, tentang penyakit yang tersebar di masyarakat. Sebagai contoh misalnya.. dulu, waktu kita masih belum banyak terpelajar, masyarakat mengartikan cacar itu adalah <i>dewa</i>, penyakit dari dewa. Sehingga, diobati dengan apa adanya, dan mendengar para <i>pawuwus</i>, para apa namanya,</p>	

<p>Demam berdarah tidak dikonstruksi sebagai sebuah kehendak Tuhan tetapi disebut sebagai wabah yang berbahaya. Permasalahannya ada pada pengetahuan mengatasi jentik dan nyamuk berbahaya</p> <p>Upaya pemerintah sudah cukup baik. Namun, pemahaman masyarakat belum merata dan menghasilkan kontradiksi.</p>	<p>para dukun, untuk menyelesaikan persoalan penyakit itu. Karena pandangannya penyakit itu dari dewa, dari Tuhan, maka apapun yang diminta oleh yang sakit..itu diberikan saja. Sehingga dalam hal itu tidak memecahkan masalah kesehatan masyarakat. Ya sekedar menanggulangi, secara fisiologi barangkali, bisa ya.. menenangkan perasaan untuk mengatasi penyakitnya. Itu yang penting, jadi budaya masyarakat. Tapi sekarang dalam masyarakat yang semakin maju, barangkali itu, gambaran seperti itu akan berkurang.</p> <p>P: Apakah fenomena seperti yang disebutkan dalam cacar itu juga terjadi di demam berdarah prof? (2:54)</p> <p>(3:03) G: Saya kira itu demam berdarah, yang saya pahami bahwa, itu memang tidak disebutkan sebagai suatu penyakit dari kehendak Yang Maha Kuasa tapi kalau itu bisa disebut sebagai wabah, wabah yang memang masyarakat juga mengerti bahwa itu jentik atau nyamuk yang berbahaya bagi badan. Sampai itu, masyarakat sudah paham. Hanya barangkali, masyarakat belum paham betul teknis mengatasi terjangkitnya, tumbuhnya, berkembangnya, nyamuk ini. Barangkali itu yang penting. Bagaimana cara menghindar dari perkembangan nyamuk yang membahayakan itu. Barangkali itu yang penting. Masyarakat sudah mengerti kok bahwa nyamuk membawa penyakit, tetapi teknis mengatasi persoalan itu.</p> <p>(4:01) P: Bagaimana pendapat prof tentang program-program yang telah dilakukan selama ini untuk mengurangi risiko terjangkit dbd misalnya seperti PSN, Gerakan 3M</p>	
---	--	--

<p>Kontradiksi terjadi pada keseharian masyarakat seperti ingin sehat tetapi tidak memelihara kebersihan lingkungan.</p> <p>Ketidakpedulian masyarakat disebabkan oleh kurangnya pemahaman terhadap risiko yang dihadapi.</p> <p>Faktor kultural berperan dalam munculnya ketidakpedulian. Seperti budaya kurang hirau dengan sampah.</p>	<p>Plus, atau P2DBD yang telah disebutkan di <i>informed consent</i></p> <p>(4:19) G: Ya, saya kira usaha-usaha pemerintah itu, kelompok-kelompok kesehatan itu, sudah cukup baik, sudah berusaha untuk memberikan penjelasan kepada masyarakat dalam mengatasi penyakit demam berdarah ini. Tetapi menurut saya, masyarakat masih belum merata pemahamannya, sehingga di sana sini masih terjadi kontradiksi. Masyarakat kurang paham sehingga sampah yang bertumpuk, tempat yang kotor, masih belum mendapat perhatian yang baik dalam rangka mengatasi penyakit itu.</p> <p>(5:03) P: Tadi terkait dengan kontradiksi itu seperti apa ya Prof?</p> <p>(5:08) G: Ya, masyarakat ingin sehat tetapi dalam perilaku kesehariannya mereka tidak memelihara lingkungan yang sehat dengan baik. Itu yang masih terjadi. Walaupun sebagian masyarakat sudah banyak yang mengerti, melek. Membersihkan sampah-sampah dari lingkungan perumahannya, ee..tempat-tempat air untuk jentik tumbuh.. tapi masih banyak masyarakat yang kurang hirau tentang itu. Ini barangkali memerlukan suatu perhatian yang lebih serius, atau lebih sering dipantau dari pihak kesehatan.</p> <p>(5:48) P: Kemarin sempat saya juga bertanya tentang petugas.. salah satu petugas di puskesmas, itu menceritakan kalau masyarakat itu cenderung tidak memperdulikan program tersebut</p> <p>(6:01) G: Ya, itu seperti yang saya maksudkan itu..</p> <p>(6:01) P: Kira-kira..</p> <p>(6:04) G: Kira-kira.. kurang mempedulikan memang kurang memahami betul terhadap risiko yang</p>	
---	---	--

<p>Menangani risiko kesehatan memerlukan pembiasaan sehingga menjadi tradisi. Tidak hanya sosialisasi tetapi juga pemantauan karena masyarakat masih bersifat dituntun dan belum mandiri.</p> <p>Ketidakpedulian muncul</p>	<p>dihadapi. Dalam hubungan ini memang pihak Puskesmas, kesehatan lebih sering memantau, lebih sering memperhatikan. Karena memang masyarakat memang masih setengah matang dalam pengertian kesehatan, pemeliharaan kesehatan. Maklum saja, kalau masyarakat sudah intelek mengerti sendiri pasti tanpa komando sudah bergerak sendiri. Ini ternyata kebanyakan masih belum ngerti.</p> <p>(6:41) P: Kira-kira apakah faktor budaya itu berperan dalam munculnya perilaku tidak peduli itu?</p> <p>(6:46) G: Ya..ya... berperan. Faktor budaya berperan. Faktor budaya kurang hirau dengan sampah. Walaupun dalam konsep budaya masyarakat, orang-orang disarankan hidup sehat, hidup yang bersih, lingkungan yang bersih, tapi dalam perilaku, dalam keseharian, mereka tidak menganut paham itu. Mereka antara paham konsep yang ada baik dari agama, pemerintah, masyarakat, tidak otomatis ya..linier dengan apa yang dilakukan. Itu yang masih terjadi.</p> <p>(7:26) P: Kira-kira untuk menanggulangi um.. perilaku seperti itu.. kontradiksi antara ingin sehat tetapi perilaku kita tidak menunjukkan perilaku sehat.. itu.. cara yang baik menurut sudut pandang budaya masyarakat itu seperti apa?</p> <p>(7:41) G: Ya memang ini perlu..pembiasaan. Di mentradisi..ditradisikan lah. Misalnya, ee.. membuah sampah, (...) sampah...perlu dikomando sedikit, dibuat tradisi baru dalam menangani sampah. Misalnya sampah-sampah rumah tangga, itu sekarang rumah tangga itu masih banyak membuang sampah di depan rumahnya dengan</p>	
---	--	--

<p>karena kurangnya perhatian pada lingkungan.</p> <p>Pandangan terhadap risiko <i>dbd</i> yang dianggap cukup berbahaya sehingga perlu dikomunikasikan kepada masyarakat mengenai jentik dan penanganannya. Masyarakat perlu dituntun dan diawasi. Perlu sinergi antara petugas desa dan kepala desa untuk menjaga kebersihan lingkungan.</p>	<p>begitu berserakan. Itu pasti ndak teratur. Jadi mestinya sudah diajarkan bagaimana hidup sehat dengan sampah yang tidak berhamburan, misalnya disediakan kantong plastic. Ada yang organik, ada yang non-organik, ada yang pecah belah dan sebagainya. Itu mungkin perlu dipantau masyarkat, dimana air tergenang, yang basah-basah lembab begitu, Masyarakat perlu dipantau lebih sering. Dan nanti ketika sudah sering dipantau, mungkin mereka akan teringat bahwa itu salah. Nah kalau sudah pengertiannya begitu, nanti itu menjadi tradisi, barulah masyarakat mampu dengan sendirinya bergerak. Sekarang belum sampai di situ. Masyarakat masih perlu instruksi. Walaupun agama meminta kita apa.. mengajarkan kita hidup sehat dan sebagainya, tetapi itu tradisi belum mendukung Jadi nilainiali agama, kebersihan,, misalnya lingkungan yang bersih, itu belum dipahami dengan baik dalam perilaku. Mereka masih buta, kurang membaca, kurang perhatian terhadap itu. Barangkali itu. Jadi karena masyarakat boleh dikatakan ya kurang terpelajar lah dalam mempraktekkan aspek-aspek kehidupan. Kalau sudah terpelajar, ngerti sendiri, anti dia akan bergerak sendiri. Ini belum, belum bagus sebagian.</p> <p>(10:00) P: Dibuktikan juga dengan banyaknya kasus <i>dbd</i> tahun yang meningkat setiap tahun..</p> <p>(10:07) G: Itu.. Sejalan dengan itu, kenapa terus meningkat, ya karena secara keseluruhan masyarakat belum paham betul untuk menangani kesehatan. Dan dia.. tidak <i>respect</i>, tidak tergetar hatinya kalau sampah</p>	
--	--	--

<p>Penyakit dapat dikonstruksi secara kultural misalnya demam berdarah. Setiap orang memiliki keyakinan masing-masing. Penyakit sering dikaitkan dengan kekuatan gaib dan kehendak Tuhan. Sehingga aspek <i>sekala-niskala</i> perlu dikomunikasikan.</p> <p>Risiko perlu dikomunikasikan secara intensif dan terus menerus</p>	<p>yang berhamburan itu nanti menyebabkan penyakit. Dia gampang “Ah ndak apa-apa, gitu aja.. gampangan aja.. karena dia juga tidak cermat terhadap risiko-risiko yang terjadi.”</p> <p>(10:31) P: Um... Bagaimana prof memandang penyakit dbd ini tentang risikonya, penyebabnya, dan pencegahannya?</p> <p>(10:44) G: Ya.. risikonya cukup tinggi..cukup berbahaya.. dan untuk itu perlu disosialisasikan pada masyarakat agar masyarakat mengerti betul kalau penyakit ini berisiko tinggi. Jadi jentik-jentik, nyamuk berbahaya memang membahayakan masyarakat. Nah sekarang, tentang penanganannya, memang masyarakat memang perlu dituntun untuk menangani kebersihan lingkungannya. Perlu dituntun, perlu diawasi. Tidak hanya dituntun, tetapi diawasi. Sampai sekarang juga misalnya, masyarakat masih banyak membuang sampah di <i>got-got</i>, saluran-saluran air, sehingga kalau kota Denpasar meluap jadi banjir... itu memang karena sampah. Itu kan artinya masyarakat masih belum cukup paham tentang kesehatan dirinya. Itu contoh-contoh saja. Bagaimana masyarakat menangani lingkungannya. Masih banyak masyarakat yang membuang sampah sembarangan ketika tidak diketahui oleh petugas, ia masukkan saja. Ini memang yang <i>ulah gampang</i> jadi tidak berusaha mengatur sampahnya dengan dirinya. Di sini, petugas-petugas desa, kepala-kepala desa perlu memperhatikan lingkungannya secara lebih serius lah lebih teratur agar masyarakat semakin.. semakin...peka dia..semakin mengerti. Sebab perlu</p>	
---	--	--

<p>sehingga melekkan dan menjadi tradisi baru.</p> <p>Praktik budaya lain yang berperan seperti anggapan bersih-bersih hanya 6 bulan sekali setelah upacara adat.</p> <p>Karakteristik masyarakat Bali masih kuat keyakinannya dengan kekuatan <i>niskala</i>, namun belum mampu menghubungkannya dengan praktik di masyarakat.</p>	<p>itu, dia ..sampai masyarakat menjadi mengerti betul.. menjadi biasa.. barulah dia berhenti berkomunikasi..berhenti mensosialisasikan.. kalau belum terus saja petugas harus berusaha dulu. Karena masyarakat belum mengerti. Kalau mengerti seperti kita, kan masyarakat paham ini kotor, membersihkan sendiri. Mereka <i>ndak</i>, belum peka terhadap risiko tinggi yang dihadapi.</p> <p>(12:52) P: Untu..terkait tadi pembentukan pemahaman tentang penyakit itu prof. bagaimana sesungguhnya sebuah penyakit itu dapat dikonstruksi? Seperti tadi yang cacar <i>dewa-dewa</i> , yang seperti itu prof?</p> <p>(13:10) G: Ya sesungguhnya itu, konstruksi mengenai konsep penyakit. Memang masyarakat masing-masing sudah memiliki pandangan, konsep tentang penyakit. Ini ada penyakit demam berdarah, ada penyakit pusing, sakit kepala. Itu kadang-kadang masih rancu di masyarakat. Ada <i>bake</i>, ada <i>tonya</i> yang menyebabkan sakit. Nanti kalau dibayarin dengan upakara kecil, nanti bisa sembuh penyakitnya. Itu masih terdapat. Itu juga jentik-jentik dan sebagainya pasti ada kaitannya dengan berbagai keyakinan juga. Mungkin secara <i>niskala</i> juga perlu dilakukan.. dikomunikasikan kepada masyarakat. Supaya dia secara <i>sekala-niskala</i> memahami konsepnya, dan berusaha juga bergerak. Sebab masyarakat tidak hanya dia praktis hidupnya, tetapi juga <i>niskala</i>. Karena itu barangkali dikaitkan, saling dikaitkan. sehingga masyarakat bisa berkembang pemahamannya, persepsinya seperti itu. Apapun penyakitnya, sering</p>	
---	--	--

	<p>dikaitkan dengan kekuatan gaib begitu ya.. ada macam-macam. Ada wabah, ada ular, dan sebagainya pasti dipandang bagian dari kehendak Yang Maha Kuasa oleh .. tapi tetap harus dibarengi dengan praktik, praktis kehidupan masyarakat untuk menangani itu. Itu penting.</p> <p>(14:56) P: Berarti.. yang dapat dikomunikasikan secara <i>sekala-niskala</i> kepada masyarakat?</p> <p>(15:01) G: Perlu komunikasi dengan pengawasan yang intensif, terus menerus, sehingga nanti menjadi pemikiran yang melekat di alam dirinya. Sehingga nanti jadi sesuatu yang ditradisikan. Kebersihan menjadi tradisi. Tidak hanya baru hari raya baru nyapu gitu kan. Dulu kan begitu. Baru <i>mersihin</i> pura dsb, <i>tedun banjare ngaba tumbeg, ngaba sampat</i>, 6 bulan sekali, itu kan udah tradisi seperti itu. Sekarang coba, supaya menjadi bagian keseharian. Sebagaimana makan, mandi, itulah juga kebersihan dilakukan. Itu lah yang belum. Yaa nanti <i>rahinan</i> baru <i>nyambat</i>. Dasarnya masih seperti itu.</p> <p>(15:52) P: Terakhir prof, untuk karakteristik masyarakat masyarakat Bali dan Denpasar secara umum. Bagaimana prof. melihat karakteristik masyarakatnya?</p> <p>(16:06) G: Kalau karakteristik masyarakat Bali...<i>Kan</i> dia masih kuat keyakinannya dengan <i>niskala</i>. Kuat keyakinannya dengan <i>niskala</i> tetapi belum mampu menghubungkan kepada implementasinya di dalam masyarakat begitu. Di dalam <i>niskala</i>, agama, banyak ajaran-ajaran tentang kebersihan, kesehatan, ada itu. Kalau dipelajari <i>tattwa-tattwa</i> itu banyak sekali hal itu, untuk merumuskan bagaimana sehat, kebersihan, penyakit itu, tapi</p>	
--	--	--

	<p>dalam praktik kehidupan, mereka belum begitu perhatian. Masih lepas dia. Belum nyambung antara konsep yang ditanam secara <i>niskala</i>, dengan konseppendukungnya. Seperti itu.</p> <p>(17:02) P: Terima kasih prof. sudah bersedia membagiakan cerita tentang... komunikasi kesehatan ini. Mungkin kalau saya mau tanya lagi tentang <i>sekala-niskala</i> nya itu bisa ke prof. lagi?</p> <p>(17:16) G: Ya silahkan.. selesaikan dulu itu.</p> <p>(17:23) P: Terima kasih banyak waktunya Prof.</p>	
--	---	--

LAMPIRAN

Lampiran 1

Transcript verbatim

Hasil *depth-interview* 1

Tanggal : 11 Juni 2018

Waktu : 37 menit 39 detik

Keterangan:

P: Peneliti

O: Oka Cahyadi

<i>Codes</i>	<i>Transcript</i>	<i>Keterangan</i>
Profil/Biodata Informan	<p>P: Selamat pagi Bapak, dengan saya ingin bertanya terlebih dahulu tentang biodata nama, tempat tanggal lahir, jabatan/divisi, serta lama bekerja di puskesmas</p> <p>O: Ya silahkan apa yang perlu ditanyakan?</p> <p>P: Untuk biodatanya..</p> <p>O: Biodata.. nama saya I Gede Oka Cahyadi. Tempat tanggal lahir saya Denpasar, 14 Mei 1995. Kemudian lama bekerja saya di Puskesmas Denpasar Selatan.. ee mulainya 10 Mei 2017. Jadi kurang lebih sudah sekitar satu tahun, satu bulan.</p> <p>P: Untuk departemennya?</p> <p>O: Departemennya di e..ini kan struktur organisasinya di Dinas Kesehatan Kota Denpasar UPT Puskesmas I Denpasar Selatan. Kemudian, saya selaku penanggung jawab program P2DBD.</p>	
Peran Puskesmas sebagai organisasi kesehatan Penanggulangan kasus	<p>P: Saya ingin bertanya terlebih dahulu tentang peran puskesmas sebagai organisasi kesehatan. Untuk pertanyaannya, saya bertanya tentang, dapatkah diceritakan tentang peran</p>	

<p>DBD melalui program-program Gema Petik, PSN, 4MPlus</p> <p>Jam Kerja Jumantik dan Sistimatika Program Puskesmas untuk DBD</p> <p>Senin: Pembinaan Jumantik Mandiri → kemandirian masyarakat dalam melakukan PSN dan 4MPlus</p> <p>Selasa-Kamis: Pemantauan Jentik</p> <p>Sabtu: Gertak</p>	<p>puskesmas umm, bagi masyarakat di sekitar sini?</p> <p>O: Terkait dengan penanggulangan kasus dbdnya ya.. Kalau di puskesmas kan ada namanya program inovasi Gema Petik atau Gerakan Mandiri Pemantau Jentik, atau satu rumah satu jumantik. Itu.. itu untuk jumantiknya dia ada jadwalnya. Untuk jumantik dia ada jadwalnya. Untuk hari Senin dia melakukan pembinaan Jumantik Mandiri satu rumah satu jumantik. Jadi, mereka itu punya <i>pilot project</i>. Atau... masing-masing Jumantik itu punya dia daerah binaan. Kan itu. Satu gang membina sepuluh keluarga. Selama satu bulan mereka bina keluarga itu supaya mereka itu mandiri atau mau sebagai Jumantik Mandiri. Artinya, eee... warga itu mau dia untuk memantau tempat-tempat penampungan air di sekitar rumahnya, kemudian beliau mengisi di kartu merah. Nanti kan Jumantiknya, pada minggu pertama mereka memberikan kartu merah dan memberikan pembinaan tentang kegiatan PSN itu, dengan 4M Plus di tuan rumahnya. Kemudian warga itu, apa namanya, diminta untuk mencontreng di kartu merah seperti form Jumantik itu, itu form rumah itu. Apabila ada jentik, dimana itu ditulis, jadi ee.. meningkatkan kemandirian untuk warga itu. Itu hari Senin. Kemudian untuk hari Selasa-Kamis, mereka itu melakukan pemantauan. Pemantauan di... misalkan gini.. Gebyar namanya...misalkan di Panjer kan ada 12 banjar.. eee.. sorry... Panjer ka nada 9 banjar...Jumantik di Panjer itu melakukan pemantauan pada satu banjar. Misalkan Banjar apa.. Banjar Kaja... jadi 9 jumantik itu melakukan pemantauan di Banjar Kaja. Kemudian ada di Hari Sabtu, mereka melakukan kegiatan Gertak. Itu di wilayah kerja</p>	
--	---	--

<p>Fungsi Puskesmas sebagai Pengawas (Surveillance) Melalui Penyelidikan Epidemiologi Komunikasi antara Dinas, Puskesmas dan Rumah Sakit</p> <p>Sifat dan sistematika program PE yang preventif Untuk mencegah terjadinya KLB Koordinasi pada Dinas Kesehatan dan Rumah Sakit</p>	<p>Puskesmas kami ka nada 3 wilayah dan desa. Panjer, Sidakarya dan Sesetan.. Tiga... 2 kelurahan 1 desa. Jadi ada tiga. Tiga..tiga..tiga desa kelurahan. Jadi ketiga puluh lima... ka nada 35 banjar totalnya...35 jumentik ini melakukan pemantauan di satu banjar. Itu dilakukan rutin. Setiap hari Jumat-Sabtu. Jadi kegiatannya sama, membantu memantau jentik, melakukan PSN lah di lingkungan rumah warga. Kemudian ada juga namanya kegiatan.. di sini ada PSN..eh apa.. sorry. PE.. Penyelidikan Epidemiologi. Jadi.. ada... kita kan...di Kota Denpasar... para pemegang programnya itu ee...dibuatkan grup WA oleh Dinas Kesehatan Kota Denpasar. Di sana isinya para penanggung jawab program P2DBD, eee... ada perwakilan di bidang P2 di Dinas Kesehatan Kota Denpasar, kita juga ada rekam medik.. rekam medik di rumah sakit. Itu isinya di grup itu, grup <i>surveillance</i> namanya. Nanti setiap kasus.. nanti ee..Dinas Kesehatan itu dia sudah punya MoU dengan rumah sakit-rumah sakit di Kota Denpasar. Nanti apabila ada kasus DBD atau ada yang tersuspect, ya suspect aja, yang terdiagnosa DBD itu akan langsung <i>dishare</i> di grup itu. Kemudian para penanggung jawab program akan melihat kan digrup WA itu, apabila itu kasus itu terjadi di wilayahnya, maka akan langsung dilakukan PE atau Penyelidikan Epidemiologi. Itu tujuannya untuk mencegah terjadinya KLB. Jadi...begitu kasus masuk... misalnya pasien masuk tanggal 4, itu langsung di tanggal 4 langsung <i>dishare</i> kasusnya. Jadi keesokan harinya itu, ee... udah langsung bisa di PE oleh..oleh penanggung jawab program di wilayah yang bersangkutan. P: Jadi.. PE ini lebih ke kasus? O: Ya.. untuk kasus.. untuk pencegahan</p>	
---	---	--

<p>Sifat dan sistematika program Jumantik Cerdas Menyasar siswa sekolah dasar karena kasus tahun 2016 Koordinasi pada sekolah-sekolah di Kota Denpasar Komunikasi dilakukan dengan sosialisasi</p> <p>Divisi untuk menyampaikan informasi kesehatan Program P2 (dan P2DBD) memiliki penanggungjawab, koordinator jumantik dan Jumantik sendiri Promosi Kesehatan melalui integrasi program</p>	<p>kasus itu meluas, pencegahan terjadinya KLB. Nah itu tujuan dari ee PE. Kemudian PE itu ada kaitannya nanti dengan tindakan <i>fogging fokus</i>. Nah apabila nanti di wilayah tersebut eee.. memang kasusnya banyak. Misalnya sekarang. Si A suspect... setelah di PE.. ternyata kan PE itu kan tidak ada tidak hanya di rumah si penderita, juga di sekitar lingkungan rumah penderita. Misalnya setelah pemantauan ditemukan lagi kasus penderita di dbd di sekitar daerah tersebut, kemudian ee... apa namana... tempat jentik nya juga cukup tinggi.. maka itu akan dilakukan <i>fogging fokus</i> oleh ee.. Dinas Kesehatan Kota Denpasar.</p> <p>P: Untuk di Puskesmas sendiri, O: Ntar... eee.. ada satu lagi namanya Jumantik Mandiri.. eee <i>sorry</i> Jumantik Cerdas. Jumantik Cerdas itu di sekolah. Nah ini tujuannnya, ee... kemarin karena pada waktu tahun 2016 itu ee kasus dbd itu banyak di wilayah Kota Denpasar itu kan banyak.. apa namanya...menyasar anak-anak usia sekolah. Banyak anak usia sekolah. Makanya, sekarang para penanggung jawab program DBD itu di apa... diperintahkan atau ditugaskan untuk melakukan kegiatan Jumantik Anak Sekolah (Jumantik Cerdas) untuk anak sekolah. Nah itu kita sosialisasi dengan murid-murid di sekolah.. kemudian kita di sana membentuk Jumantik yang yang.. berasal dari siswa siswa sekolah itu. Seperti itu. Kemudian gimana lagi?</p> <p>P: Terkait dengan fungsi Puskesmas sebagai pengawas dan juga penyuluh, itu di Puskesmas bagian apa yang bertanggung jawab serta menyampaikan informasi tersebut.</p> <p>O: Untuk menyampaikan informasi ke masyarakat?</p> <p>P: Iya.</p>	
--	---	--

<p>Perbedaan Komunikasi P2DBD dan Promkes P2DBD bersifat interpersonal Promkes bersifat komunikasi publik</p> <p>Kualifikasi Jumantik Tamatan SMA/ sederajat, berdomisili di wilayah kerja dan memiliki peralatan penunjang seperti motor dan handphone. Sebelum melakukan kegiatan Jumantik mendapatkan orientasi.</p>	<p>O: Nah itu biasanya kita, saya, terdiri di program P2DBD. Kemudian ada... di program P2 itu ka nada saya selaku penanggung jawab program,. Kemudian ada kordinator Jumantik. Kemudian ada juga Jumantiknya sendiri. Nah.. untuk penyampaian informasi kepada warga terkati dengan penagnggulan DBD itu dilakukan oleh kami di pengelola program kan...yang terdiri dari tiga itu.. Jumantik selaku mereka pemantauan mereka ke rumah-rumah melakukan pembinaan dan sosiaslisasi tentang kegiatan PSN.. tentang 4M Plus itu..Kemudian bisa juga kita melakukan integrasi dengan program-program Promkes atau Promosi Kesehatan. Promkes misalnya...eee... ikut juga waktu dia penyuluhan. Itu kana ada waktu penyuluhan DBD itu bisa dilakukan waktu kegiatan Posyandu, dan apa itu.. pertemuan-pertemuan.. seperti itu.</p> <p>P: Untuk perbedaannya dengan Promkes sendiri itu seperti apa?</p> <p>O: Perbedaan maksudnya?</p> <p>P: eee...pembagian tugas pada saat melakukan sosialisasi itu,</p> <p>O: ee... mungkin kalau Promkes dia kan gini... apa namanya. Penyuluhannya dia ee dihadiri oleh banyak orang. Kalau kami, di P2 mungkin, jumantik khususnya waktu dia ke lapangan, waktu saya ikut ke lapangan memantau jumantiknya, itu ee... sosialisasinya lebih ke individu, atau orang per orangan. Misal ke rumah-rumah, kan langsung dia individu dari orang ke orang. Sedangkan promkes dia kan dia rutin melakukan kegiatan penyuluhan. Itu bisa di kegiatan Posyandu, kegiatan PKK, atau pertemuan PKK, ataupun kadang kita juga ee diundang oleh desa kelurahan untuk melakukan sosialisasi. Itu promkes itu yang turun.. untuk DBD</p>	
--	--	--

<p>Cara Penyampaian informasi kesehatan Sosialisasi, door to door, penyuluhan masyarakat, integrasi promkes. Koordinasi dengan pihak lain seperti sekolah, guru, siswa, pkk, posyandu, lintas sektor (desa lurah, kaling)</p> <p>Fungsi dalam advokasi</p> <p>Puskesmas melakukan</p>	<p>itu saya ikut turun, nanti Promkes yang disasar kan jumlahnya banyak, kalau di P2 itu lebih ke individu. Itu perbedaannya.</p> <p>P: Untuk ee petugas lapangannya itu sendiri.. Jumantiknya itu... apakah terdapat kualifikasi khusus yang dimiliki seorang petugas lapangan?</p> <p>O: Kalau kualifikasi dari kader Jumantik itu ee.. mereka ... ee.. saat ini mereka tamatan SMA.. tamatan SMA sederajat. Nah itu untuk kualifikasi khusus sementara tidak ada. Yang diprioritaskan adalah dia bisa berkomunikasi dengan baik, tamatan SMA, bisa berkomunikasi dengan baik, ee.. kemudian bisa membawa kendaraan bermotor dan berasal dari wilayah tersebut.. berasal dari wilayah tersebut. Nah itu .. kenapa berasal dari wilayah tersebut? Karena supaya dia tau wilayah gitu. Untuk kegiatan lapangannya itu.. eee.. mereka biasanya dilatih dulu.</p> <p>P: Ada pelatihan?</p> <p>O: Iya dilatih. Mungkin orientasi lah semacam orientasi selama semingguan mungkin. Seperti itu. Untuk kualifikasi khusus, eee... karena kader.. namanya kader..</p> <p>P: Berarti.. itu ada pelatihan atau orientasi begitu?</p> <p>O: Ya.. orientasi lah lebih tepatnya bisa dibilang.</p> <p>P: Saya ingin bertanya juga tentang bagaimana menyampaikan informasi kesehatan itu? Termasuk tentang dbd kepada masyarakat di wilayah kerja.. di wilayah denpasar selatan ini?</p> <p>O: Cara penyampaianya dengan melakukan sosialisasi. Pertama <i>door to door</i> waktu dia ee.. pemantauan itu. Langsung jumantiknya melakukan sosialisasi.. pembinaan. Kemudian yang kedua dengan penyuluhan masyarakat, yang dilakukan oleh kami di apa namanya..pengelola program.. dan juga</p>	
--	---	--

<p>Panduan khusus dalam Komunikasi risiko/program Terdapat SOP untuk melaksanakan kegiatan (PE, fogging dsb) namun panduan komunikasi belum ada</p> <p>Pendekatan yang dilakukan Puskesmas pada masyarakat wilayah kerja Mendekati kepala lingkungan dan lintas sektor sebagai penggerak masyarakat.</p>	<p>integrasi dengan Promkes. Nah waktu kami melakukan sosialisasi Jumantik Cerdas itu juga langsung, dengan sekolah, dengan guru-guru juga ada di sana, siswa juga. Kemudian, sosialisasi di kegiatan PKK, di Posyandu, dan ada juga lintas sektro. Jadi lintas sektor, kami juga mengadvokasi untuk ee...lintas sektor terkait ee dalam hal ini kan desa lurah, itu kadang-kadang juga, kita ada kalingnya juga misalkan. Itu ada kegiatan evaluasi Jumantik. Setiap setahun dua kali. Jadi, nanti itu ka nee... biasanya kita undang lintas sektor. Dari desa lurah dan kecamatan. Kemudian itu, ee... untuk rencana thaun ini karena ada penambahan ini juga..apa namanya tu.. rencana kita juga akan undang juga akan dari.. Kaling..ya.. kepala lingkungan...di mana wilayah.. di wilayah mana yang kasusnya tertinggi itu, ee... disana Kalingnya juga akan kita undang. Supaya kalingnya juga tau seperti itu.</p> <p>P: Lalu, terkait dengan program-program yang telah disebutkan sebelumnya apakah ada panduan khusus cara komunikasi itu?</p> <p>O: Panduan komunikasi...</p> <p>P: DBD dan risiko terjangkit DBD kepada masyarakat</p> <p>O: Eee.. kalau panduannya itu mungkin.. panduan komunikasi ya?</p> <p>P: Iya.. seperti SOP,</p> <p>O: Kalau SOP nya ada. SOP nya ada..</p> <p>P: Untuk panduan komunikasi?</p> <p>O: Untuk panduan komunikasi ee.. belum ada.. SOP untuk melaksanakan kegaitan-kegiatan Gertak, ee.. apa yang saya bilang sebelumnya.. Penyelidikan Epidemiologi, <i>fogging fokus</i>, dsb. Itu SOP nya ada. Tapi untuk komunikasi saya rasa belum ada karena kan kita langsung.. langsung kita melakukan saat kita turun ke lapangan kita langsung melakukan</p>	
--	--	--

<p>Key message dalam komunikasi Peran aktif masyarakat untuk mencegah DBD dengan 4MPlus dan PSN</p> <p>Komunikasi Risiko DBD</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penyampaian informasi tentang potensi terjadinya DBD - Habitat Aedes - Cara pencegahannya (4MPlus) 	<p>komunikasi..ee..pembinaan...(inaudible) komunikasi itu sendiri.</p> <p>P: Untuk berkomunikasi itu apakah ada cara khusus, pendekatan dari organisasi untuk membuat masyarakat itu paham?</p> <p>O: Eee.. pendekatan itu sih biasanya langsung waktu kita ke lapangan secara langsung melakukan pendekatan seperti itu. Dan biasanya pendekatan kita lakukan pada kepala lingkungan. Kepala lingkungan atau lintas sektro. Karena kan di awal, apa namanya tu, di awal bulan kita juga mengirimkan jawdalw di mana kita akan melakukan kegiatan pemantauan, kepada masing-masing desa lurah, nah kebetulan kita juga menjaga hubungan dengan desa lurah, supaya kegiatan-kegiatan, program kita juga bisa diterima dengan baik oleh mereka dan apa namnay, kan mereka bisa mengajak warga, untuk menggerakkan masyarakatlah, menggerakkan warganya untuk menerima atau ikut melaksanakan program kita. Seperti itu. Sementara si itu yang kita lakukan, mengadvokasi kepada tokoh-tokoh masyarakat atau lintas sektor yang terkait di sana.</p> <p>P: Terkait hal itu.. penyampaian informasi dan kerjasama lintas sektor dan program2 yg telah disebutkan sebelumnya.. saya ingin bertanya juga mengenai karakteristik program tersebut. Kan sudah disebutkan tadi tentang Jumantik Cerdas, PE, 4MPlus dan sbg, bagaimana proses pengumpulan informasi dari masyarakat dan pesan apa yang ingin disampaikan?</p> <p>O: Pesannya sih itu, pesannya supaya masyarakat ikut berperan aktif dalam pencegahan dari penyakit DBD itu sendiri dengan cara melakukan 4M Plus dan PSN di lingkungan skeitar rumahnya</p> <p>P: Apakah terdapat penyampaian informasi tentang potensi terjangkitnya?</p>	
---	--	--

<p>Syarat Fogging Tidak semua kasus menggunakan <i>fogging</i>. Tindakan tersebut dilakukan ketika angka kepadatan jentiknya besar dan lebih dari 2 orang penderita DBD</p> <p>Risiko Tindakan Abate dan Fogging Abate berisiko mengganggu saluran pencernaan ketika termakan. Fogging berisiko mengganggu pernafasan dan bersifat karsinogenik.</p> <p>Komunikasi Risiko dari Tindakan Kesehatan Melalui pendekatan, pembinaan, sosialisasi, pendataan langsung ke</p>	<p>Boleh dijelaskan.. diceritakan? O: Ada.. jelas ada. Eee.. itu ka nee.. apa namanya otensi terjadinya dbd itu kan bertambah. Nyamuk aedes itu kan suka hinggap di daerah-daerah yang memiliki genangan air. Nah jadi kita menyampaikan kepada warga untuk apa namanya.. memutus rantai penularan penyakit tersbut dengan cara melakuakn 4M Plus diantaranya yaitu: menutup, mendaur ulang, ... dan memantau. Apa yang ditutup? Ya jelas yang penampungan air, speerti itu kan...tempat-tempat penampungan air di wilayah rumahnya. Kemudian menguras. APa yang dikuras? Ya tentu bak mandi, atau tempat2 yang tergenang air. Kemudian mendaur ulang. Apa yang didaur ulang? Yaitu barang-barang bekas yang berfungsi, berpotensi menggenang air supaya tidak dibuang sembarangan supaya musim hujan tidak menjadi tempat dari nyamuka edes itu sendiri. Kemudian memantau. Apa yang dipantau? Itu lingkungan sekitar rumahnya. Kemudian kita sampaikan juga agar warga tidak apa namanya, menggantung-menggantung pakaian di sekitar rumahnya. Kemudian kita berikan juga mereka abate, abate sachet, supaya ini nanti, sewaktu-waktu apabila di baknya atau tempat penampungan air yang ada di rumahnya supaya ditaburkan, seperti itu sih mungkin. Upaya pencegahannya sih seperti itu yang kita lakukan, sampaikan melalui komunikasi itu.</p> <p>P: Terkait dengan ee.. tadi di program 4M Plus itu ada juga tentang pemberian bubuk abate seperti itu, dan <i>fogging</i> yang sebelumnya dijelaskan O: <i>Fogging</i> itu dilakukan ketika kasusnya berjalan..ada ketentuannya. Tidak semua kasus dilakukan fogging karena.. di mana kasus.. misalkan ada kasus, ada penderita DBD di sana,</p>	
--	---	--

<p>rumah-rumah.</p> <p>Komunikasi Risiko dari Tindakan Kesehatan</p> <p>Informasi yang disampaikan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apabila tidak melakukan PSN - Kerugian yang dialami seperti opname, materi, biaya RS - Mengorbankan waktu karena tidak dapat bekerja <p>Karakteristik Masyarakat di Denpasar Selatan</p> <p>Karakteristik heterogen terutama di Seseetan. Terdiri dari warga asli dan warga pendatang dengan berbagai tingkat pendidikan.</p> <p>Kendala saat melakukan komunikasi</p> <p>Ketika rumah telah mengenal Jumantik sebagai bagian dari masyarakat asli. Tetapi, masyarakat pendatang</p>	<p>kemudian ada penderita lain, ada lebih dari dua orang dan angka kepadatan jentiknya juga tinggi, baru dilakukan <i>fogging</i> fokus seperti itu..</p> <p>P: Apakah terdapat risiko dari penggunaan abate dan juga si <i>fogging</i> ini?</p> <p>O: Kalau abate sih asal tidak diminum tidak apa-apa, untuk mandi tidak apa-apa, asal tidak diminum. Kalau diminum kan takutnya nanti dapat menimbulkan ganggana dalam sistem pencernaan. Karena itu kan...apa namanya...terdiri dari zat kimia. Tidak dianjurkan sih sementara untuk digunakan untuk diminum, untuk berkumur-kumur. Kalau <i>fogging</i> kan dampaknya jelas, dia dalam skala waktu yang lama itu kan racun ya dari solar, itu apabila dari jangka waktu yang lama, apabila terhirup kan juga apa namanya, bersifat karsinogenik, berpotensi menimbulkan kanker, kan itu dari asap yang dikeluarkan oleh <i>fogging</i> itu sendiri. Makanya kan... makanya itu kembali seperti apa yang sebelumnya saya jelaskan, kenapa <i>fogging</i> itu tidak lagi dianjurkan, tapi eee upaya penanggulangan dari DBD itu sendiri dialihkan ke kegiatan mandiri dari masyarakat dengan membentuk jumantik mandiri, memandirikan masyarakat, dengan peran serta masyarakat itu sendiri. Upaya pencegahan.</p> <p>P: Bagaimana cara membuat masyarakat itu paham tetnagn, atau untuk memilih gaya hidup mandiri dibandingkan memilih seperti <i>fogging</i>, sperti itu?</p> <p>O: Biasanya kita lakukan pendekatan-pendekatan seperti itu, kita lakukan pembinaan², sosialisasi², datang langsung ke rumah², kita lakukan sosialisasi. Sementara seperti itu upaya yang kita lakukan.</p>	
---	--	--

<p>cenderung menolak.</p>	<p>P: Di dalam sosialisasi itu, informasi tentang risiko fogging itu apakah?</p> <p>O:Ya.. itu kita jelaskan juga. Risiko foggingnya, dampaknya apabila dia tidak melakukan PSN itu, apabila ia terkena DBD, kerugian yang akan dia dapatkan seperti misalkan opname sekian hari, sekian hari di rumah sakit berapa biaya yang ditimbulkan, belum lagi dia tidak dapat bekerja, dan belum lagi apabila parah dan tidak dapat penanggulangan yang tepat dapat juga menimbulkan kematian, seperti itu. Mungkin kita sampaikan hal-hal seperti itu untuk meningkatkan peran serta dari masyarakat itu sendiri.</p> <p>P: Jadi, selanjutnya terkait dengan masyarakat. Dapatkah diceritakan tentang karakteristik masyarakat di wilayah kerja puskesmas ini?</p> <p>O: Kalau karakteristik masyarakat.. nah ini lah yang ini.. kita kan disini heterogen ya... ee.. jenis masyarakatnya. Terutama di sesetan lah, nike. Di sesetan kan banyak pendatang ya kan. Kalau bisanya warga-warga yang <i>wed</i> atau warga <i>wed</i> istilahnya di Bali, warga asli. Itu dia pasti mau menerima. Kita masuk, kita bilang dari Jumentik. Apalagi jumentiknya kan warga asli sana, warga asli banjar sana. Mereka sudah tau bahwa itu warga di banjarnya. Makanya diprioritaskan orang asli banjar itu, supaya mereka tau. Misalnya siapa, misalnya Bu Iluh, Bu Iluh datang di sebagai kader jumentik, yang memantau umah itu, dan dia warga <i>wed</i>, pasti langsung (diterima) Bu Iluh... silahkan langsung diajak masuk. Kalau itu warga, warganya warga pendatang, yang tinggal di sana, khususnya yang kos-kosan itu agak sulit. Ya terus terang saya bilang mereka agak menolak. Menolak itu karena mereka...mungkin ada yang... kesibukan atau apalah...Contohnya</p>	
---------------------------	---	--

<p>Perilaku kesehatan ideal dari masyarakat Kesadaran untuk menjadi Jumantik Mandiri, berperan dalam pemantauan lingkungan sekitar rumah.</p> <p>Kendala SDM Jumantik Jumantik yang terbatas sedangkan wilayah kerja yang cukup luas dan masyarakat yang padat</p> <p>Perubahan perilaku masyarakat dari 2016-2018 terkait risiko terjangkau Peran Jumantik Mandiri mampu mengurangi angka terjangkau DBD di Denpasar Selatan</p>	<p>seperti ini... Kita datang ke rumah mereka, kita katakan tujuan kita untuk melakukan pemantauan jenitk dan sosialisasi terkait dengan DBD itu sendiri. Kadang-kadang mereka bilang, "Kita sudah pakai ember", "Kita sudah pake ini...", "Ooh..ndak-ndak nampung air..", "Oh... udah ada temennya tadi kesini" Seperti itu alasan mereka menolak. Tapi kita tetap sampaikan.. supaya mereka .. supaya mereka tetap aware dengan DBD itu sendiri. Kita tetap lakukan pemantauan yang di tempat-tempat penampungan air di sekitar rumah mereka, seperti apa yang kita lihat di talangnya, di potnya.. pot2 yang ada disana. Kalau mereka mengatakan seperti itu memang berpotensi di pot itu, mungkin kalau potnya ga ada ikan, kalau potnya tergenang, ga ada tanah, ga ada ikan.. (inaudible), tetap kita taburkan bubuk abate seperti itu. Memang sih karakteristik warga ee sebagian besar yang tiang lihat selama ini..untuk warga wed atau warga asli, dia pasti mau menerima.. mau menerima dan mau melaksanakan. Tapi kalau warga yang pendatang, khususnya kos-kosan... pendatang ada juga yang mau menerima, mungkin ada tingkat... bisa dibilang mungkin tingkat pendidikan yang mungkin di atas.. mau dia menerima... bahkan mau mereka eee.. apa namana.. begitu welcome, begitu menyambut, mereka welcome dengan petugas jumantiknya. Tapi kalau yang dikos-kosan itu yang memang agak gini. Kos-kosan , daerah kos-kosan itu biasanya sulit untuk digini, tapi selalu kita lakukan kegiatan seperti itu, kegiatan pembinaan, meskipun mereka kelihatannya cuek, atau acuh lah dengan kedatangan dari kader jumantik itu sendiri.</p> <p>P: Berarti ada juga pengaruh dari</p>	
--	--	--

<p>Penerimaan Masyarakat terkait Program Organisasi Kesehatan Secara umum cukup baik</p>	<p>asalnya dan pendidikannya? O: Asalnya.. ya...seerpti itu lah yang saya alami di lapangan. P: Bagi bli sendiri, apa yang idealnya dilakukan masyarakat di wilayah kerja untuk menghadapi risiko dbd dan tindakan yang dilakukan?</p>	
<p>Kendala komunikasi risiko kesehatan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak mau keluar rumah - Berdalih sedang bekerja/terburu-buru - Menolak dipantau 	<p>O: Mungkin yang harus dilakukan adalah yaa.. itu dengan mereka harus mau menjadi Jumantik mandiri, atau mau berperan serta menjadi Jumantik Mandiri. Memantau lah lingkungan-lingkungan sekitar rumahnya, kuhusnya tempat2 penampungan airnya, karena kan... Jumlah jumantik kita kan terbatas. Cuman 30 aja. 35 orang. Dengan wilayah di seluruh desa ini kan tidak mungkin setiap hari jumantik akan datang ke rumahnya. Dengan jumlah penduduk yang cukup banyak 128rb data terakhir di awal tahun ini. Dengn jumlah jumantik yang 35 orang tidak mungkin setiap hari jumantik akan datang ke rumah. Makanya, itulah peran serta masyarkat yang menurut saya harus ditingkatkan untuk menekan penanggulangan kasus dbd. Terbukti dengan kegiatan jumantik mandiri itu saya lihat cukup membantu. Cukup, dapamknya cukup baik. Tahun 2016 program itu pertama kali dilaksanakan, pembinaan terhadap Jumantik Mandiri itu, eee... bisa menurunkan kasus hampir setengahnya. Tahun 2016 kasus dbd yang tercatat itu kurang lebih sekitar 400an di tahun 2016 (2017) itu 217 dan sekaran di tahun 2018 smape bulan mei ini, jumlah kasus yang masuk yang positif dbd itu baru 15. Jadi, tampaknya cukup baik cukup berpenrahut tentunya dengan peran serta masyarakat. Apalagi sekarang dalam lintas sektor kana pa namanya, ikut berperan aktif. Karena setiap tahun itu dilaksanakan lomba PSN. Lomba pemberantasan sarang nyamuk di setiap</p>	
<p>Cara mengatasi kendala komunikasi risiko kesehatan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dikunjungi kembali - Pelaporan kepada Kaling terkait respon yg diberikan kepada Jumantik 		

<p>Persepsi masyarakat tentang DBD Petugas kesehatan melihat masyarakat lebih bersifat kuratif daripada preventif.</p> <p>Pemahaman masyarakat tentang DBD</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tahu penyakit namun tidak tahu penyebabnya. - Pemahaman terhadap ciri-ciri terjangkit: panas - Dikaitkan dengan konstruksi sosiokultural tentang <i>illness</i> di Bali <p>Konstruksi sosiokultural DBD</p>	<p>desa kelurahan. Jadi setiap tahun itu ada. Jadi, partisipasi dari lintas sektor juga berpengaruh dan tampaknya cukup baik untuk penanggulangan DBD itu sendiri. Dan itu juga harus ada peran serta dari masyarakat, tidak bisa dibebankan kepada ee kader jumantik, atau pengelola program itu saja. Perlu ada kerjasama yang baik antara lintas sektor dan masyarakat dari kasus dbd itu sendiri.</p> <p>P: Terkait dengan hal itu, selama ini bagaimana masyarakat menanggapi program kerja puskesmas?</p> <p>O: Untuk penerimaan masyarakat cukup baik. Seperti yang saya bilang tadi, ada beberapa yang acuh atau cuek seperti contohnya di daerah koskosan jadi tidak begitu peduli seperti itu. Tapi beberapa dengan warga wed lah warga asli, serta warga yang apa namanya, tk penfifikan yang lebih mungkin bisa dibilang lebih tinggi lah mereka bisa menerima seperti itu.</p> <p>P: Tadi disebutkan juga beberapa kendala saat berkomunikasi dengan warga setempat, seperti itu. Dapatkah diceritakan lebih lanjut mengenai permasalahan dengan warga2 tsb yang mungkin kendala yang dialami saat mendatangi langsung?</p> <p>O: kebanyakan warga2 waktu didatangi, itu tidak mau keluar. Pertama tidak mau keluar, pintunya terkunci. Itu kendala pertama. Kemudian waktu dikunjungi, ada juga yang mau keluar tapi mereka dengan alasan tidak mau diperiksa daerah tempat tinggalnya. Mereka bilang “Oh saya mau kerja”, “saya buru-buru mau anter anak” seperti itu.. “Oh, saya tidak memakai bak mandi, tidak ada alat penampungan air di rumah saya” seperti itu. Itulah kendalanya seperti itu.</p> <p>P: Lalu dari sumber daya manusianya sendiri, seperti apa menangani hal</p>	
---	--	--

<ul style="list-style-type: none"> - Panas tubuh dikaitkan dengan <i>celetik</i> - Di Densel tidak terdapat pemahaman seperti itu, namun masih kurang mengetahui penyebab DBD 	<p>tersebut?</p> <p>O: Untuk yang dikunci rumahnya, biasanya dikunjungi besoknya, besoknya. Apabila tidak diketemui lagi, rencananya si untuk saat ini apabila ada warga seperti itu kita akan coba beritahu pada kalingnya bahwa warga ini tidak respon, responnya tidak baik, rencananya kita lakukan seperti itu. Eee. Upayanya. Karena kita kan tidak bisa juga kan memaksa masuk. Kalau kita memaksa, kita juga yang salah. Tapi kalau kita tidak melakukan pemantauan, salah juga karena tugas kita seperti itu.</p>	
<p>Evaluasi Program Kesehatan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dilakukan setahun 2x - Terjadi perubahan di 2018 menjadi 1x - Indikator: jumlah kasis, angka bebas jentik (ABJ) yang mengikuti standar nasional 	<p>P: Lalu bagaimana, bli memandang persepsi masyarakat tentang dbd ini? Melihat persepsinya seperti apa?</p> <p>O: Kalau menurut saya sih masyarakat saat ini eee mereka lebih ke kuratif, jadi apabila mereka terkena dbd, mereka “ah tinggal ke dokter aja” seperti itu. Pemikirannya masih seperti itu. Tidak ada yang ke .. ee.. tidak mau ke.. melakukan pemikiran ke upaya preventif atau pencegahan seperti itu. Pasti ke kuratif. Apabila saya kena DBD saya tinggal pergi ke fasilitas kesehatan saja. (inaudible)... Upaya-upaya pencegahan itu masih saya bilang kurang.</p>	
<p>Kondisi Indikator Puskesmas Densel</p> <ul style="list-style-type: none"> - Standar nasional untuk ABJ adalah 95% - Sementara ini Densel memperoleh angka kisaran 90-92% - Angka kasus mengalami penurunan dari yang selalu paling 	<p>P: Berarti upaya preventif masih kurang dari warganya sendiri?</p> <p>O: Tapi ebebrapa masyarakat ada yang sudah. Mungkin ada beberapa yang juga kurang. Seperti itu...</p> <p>P: Untuk tingkat pemahamannya sendiri terhadap DBD itu seperti apa?</p> <p>O: Tingkat pemahamannya... menurut saya... mereka hanya tahu... mereka tidak tahu... bahkan ada yang tidak tau dbd itu apa nyamuk apa penularnya. Tapi mereka tahu dbd itu ditularkan oleh nyamuk. Tapi tidak semua nyamuk dapat menularkan dbd, hanya nyamuk aedes. Yang perkembangannya di air</p>	

<p>tinggi menjadi paling rendah.</p>	<p>bersih. Mereka hanya tau dbd karena nyamuk. Seeperti itu sih. Masih kurang. P: Berarti masih ada yang belum lengkap mengenai penyekati dbd? O: bisa dibilang seperti itu. Kan dbd itu cirri-cirinya panes ya. Panes pertama kan, abistu panesnya naik, abistu turun lagi, abistu naik lagi, kan seperti itu. Kalau di Bali mohon maaf ni, kalau saya sering eee denger kan mereka kalau ada kerabatnya yang dengan gejala seperti itu, sudah langsung dikira, “Oh itu kena <i>cetik</i>” ya seperti itu. Untuk masih ke gini... ya seprti itu... mungkin bisa saja itu DBD karena panasnya mendadak, sambil mengigil seprti itu. P: Di daerah kerja ini apakah sempat terjadi seperti itu? O: Di tempat saya sih belum ada seperti itu. Mungkin kendalanya yang saya bialng. Mereka tidak tahu dbd terjadi karena nyamuk, berkembang biak karena apa.... Inaudible. Dengan melakukan PSN tersebut. Mungkin seprti itu. P: Tadi saya lupa bertanya tetnang evaluasi program itu. Dapat diceritakan bagaimana cara mengevaluasi program yang telah dilakukan? O: Itu dah yang seperti saya katakana, evaluasi dilakukan melalui evaluasi Jumantik. Evaluasi dilakukan sethun 2 x... itu biasnaya kita ambil di pertengahan dan akhir tahun. Nah sekarang karena kami ada akreditasi mungkin di bulan Juli. Tapi saya dengar untuk tahun ini hanya dilakukan sekali karena keterbatasan anggaran. Nah jika memang benar itu dilakukans ekali, saya rencananya akan melalkukannya di bulan November di akhir tahun... sekalian dah kita mau bahas berapa kasus yang ada di wilayah kerja kita, dimana daerah-daerah yang rawan, tinggi, evaluasi, kemudian kendala-kendala yang ditemui waktu di</p>	
--------------------------------------	---	--

	<p>lapangan. Kan waktu evaluasi jumentik itu kita mengundang juga perwakilan dari desa lurah, dari camat, dan dari dinkes juga daa, dan saya juga akan panggil uga kaling-kaling di wilayah yang dengan kasus tertinggi.</p> <p>P: untuk indikator keberhasilannya sperti apa ya?</p> <p>O: Indikatornya dengan gini rendahnya jumlah kasus, dan tingginya angka bebas jentik. Angka bebas jentik itu kan menurut standar nasional harus di atas 95%, tapi di sementara ini, kita belum bisa mencapai diatas 95% itu. Masih di antara 90% paling tinggi di 92% lah belum sampai di 95%. Angka bebas jentik di wilayahnkerja kami. Untuk kasus... kasus itu sudah bisa turun. Dulu di sini, di Densel I selalu yang tertinggi, sorry, di densel selalu yang tertinggi diantara Utara, Selatan (Timur), dan Barat. Itu nomor 1 pasti di Densel. Tapi sekarang, Densel sudah di nomor 3. Jadi, sudah mulai menurun lah kasus itu di wilayah kami.</p>	
--	--	--

LAMPIRAN

Lampiran 1

Transcript verbatim

Hasil *depth-interview* 1

Tanggal : 11 Juni 2018

Waktu : 13 menit 56 detik

Keterangan:

P: Peneliti

MS: Made Sasmita

<i>Codes</i>	<i>Transcript</i>	Keterangan
Biodata/Profil Informan Tugas dan Peran Jumantik 12 Jumantik di Desa Sidakarya, mengajak keluarga untuk Gema Petik, melakukan pemantauan.	<p>P: Boleh diceritakan terlebih dahulu identitas biodatanya? Nama, tempat tanggal lahir, lama bekerja dan di bagiana apa?</p> <p>MS: Ya perkenalkan nama saya Made Sasmita Rahmaningtyas, eee saya lahir di Jakarta 23 Juni 1994, saya bekerja di sini baru tahun ini, saya menjadi koordinator Jumantik megang wilayah Sidakarya. Desa Sidakarya tepatnya.</p> <p>P: Saya boleh bertanya juga selama ini di bagian Jumantik Sidakarya ini apa saja yang telah dilakukan, atau jobdescnya seperti apa?</p> <p>MS: Jobdesc sama seluruh Jumantik, kita ada 12 Jumantik terdiri dari 12 banjar, program unggulan tahun ini kita lgi fokus di Gema Petik, Gerakan Jumantik Mandiri, dimana di dalam satu rumah itu ada satu jumantik, yang berasal dari ee...rumah itu sendiri. Salah satu keluarganya diajak untuk menjadi Jumantik di rumahnya sendiri untuk memantau di sekitar rumahnya... nggih di sekitar rumahnya. Begitu... Tetep tugas jumantik yang pertama pemantauan. Pemantauan jentik di seluruh wilayah,</p>	

<p>Komunikasi risiko dbd Komunikasi interpersonal setiap Jumantik. Melalui pemantauan dan penyuluhan.</p>	<p>memang dibagi-bagi per harinya..sehingga mencakup..eee..satu bulan itu paling engga semua akan dapet terpantau...begitu. P: Apakah terdapat cara-cara khusus untuk menyampaikan pesan itu kepada masyarakat di wilayah kerja eee.. di Sidakarya? MS: Cara tetep kita melalui personal...komunikatif personal...setiap jumantik turun. Karena jumantik turun eee.. maksimal berdua, berdua per gang gitu. Jadi di sana mereka berdua ee...satu mungkin memantau, satunya memberikan penyuluhan secara personal. Penyuluhannya selain dari informasi-informasi Puskesmas yang penting misalnya ada imunisasi ataupun eee... di rumah tersebut ada ibu hamil yang harus kita deteksi, atau ada penyakit-penyakit menular lain yang harus kita deteksi, khususnya untuk DBD kita juga terus menginformasikan tentang eee...pencegahannya dengan 3M Plus...eh 4M Plus. 4MPlus itu... memantau, menguras mengubur dan menutup tempat-tempat yang ee...terbuka. .. P: Dari masing-masing yang telah disebutkan programnya itu, bagaimana Puskesmas mengumpulkan informasi, pesan apa yang ingin disampaikan kepada masyarakat di daerah Sidakarya ini?</p>	
<p>Informasi yang disampaikan saat komunikasi</p>	<p>MS: Puskesmas mengumpulkan informa...bisa diulang lagi? P: Bagaimana proses pengumpulan informasi dan pesan apa yang ingin disampaikan kepada masyarakat di wilayah kerja Sidakarya terkait dengan risiko dbd ini? MS: Yang seperti tadi melalui personal, ataupun kerjasama dengan eee desa dan kaling setempat. Karena desa juga melakukan ada programnya</p>	
<p>Cara menyampaikan informasi Kerjasama dengan Kaling setempat dan desa untuk mengumpulkan warga dan Jumantik sbg narasumber</p>	<p>MS: Puskesmas mengumpulkan informa...bisa diulang lagi? P: Bagaimana proses pengumpulan informasi dan pesan apa yang ingin disampaikan kepada masyarakat di wilayah kerja Sidakarya terkait dengan risiko dbd ini? MS: Yang seperti tadi melalui personal, ataupun kerjasama dengan eee desa dan kaling setempat. Karena desa juga melakukan ada programnya</p>	
<p>Informasi yang disampaikan Apa itu DBD, ciri-ciri, pencegahan, cara pengobatan terakhir</p>	<p>MS: Puskesmas mengumpulkan informa...bisa diulang lagi? P: Bagaimana proses pengumpulan informasi dan pesan apa yang ingin disampaikan kepada masyarakat di wilayah kerja Sidakarya terkait dengan risiko dbd ini? MS: Yang seperti tadi melalui personal, ataupun kerjasama dengan eee desa dan kaling setempat. Karena desa juga melakukan ada programnya</p>	

<p>Informasi yang disampaikan pada penyuluhan Disampaikan kepada PKK, kantor, IRT, STT</p>	<p>sendiri untuk penyuluhan dbd. Kemarin kita juga udah kerjasama sama desa. Jadi desanya mengumpulkan warganya sendiri, dan kita datang sebagai narasumber. Kita menjelaskna ee...apa saja tentang DBD itu.apa DBD, cirri-cirinya, pencegahannya, sampe cara pengobatannya terkahirnya.</p>	
<p>Perbedaan informasi yang disampaikan pada saat komunikasi interpersonal Karena keterbatasan waktu: himbatauan untuk memantau jentik di berbagai penampungan air Penyuluhan massal: Pencegahan-rehabilitatif Interpersonal: lebih bersifat pencegahan.</p>	<p>P: Berarti lengkap dalam... MS: Dalam penyuluhan itu memang khusus untuk penyuluhan DBD jadi kita lebih banyak fokus ke DBD dari awal sampe akhir kita jelaskan ke masyarakat satu-satu karena eee.. masyarakatnya juga dari berbagai kalangan. Dari.. dari.. yang ibu-ibiu PKK, pengurus-pengurus kantor, ataupun ibu rumah tangga juga ada, STT atau yang masih muda mudi... muda-mudi juga ada di sana. Jadi kita eee... pelan-plean juga mengajak jadi jumentik mandiri di rumahnya sendiri. P: Terkait dengan hal itu, konteksnya itu pada saat penyuluhan dengan banyak orang, secara personal apakah informasi tersebut juga disampaikan? MS: Ya..informasi tersebut disampaikan cumin tidak terlalu panjang karena waktu kita memang singkat. Jadi kita memang jelaskan yang paling fokusnya itu pemantauan dulu. Karena ee... pemberantasan sarang nyamuk itu yang pertama dari pemberantasan DBD, penurunan angka dbd, jadi kita fokus ke sana. Dmana harus pemantauan, dari pembersihan, penguras kamar mandi, bak kamar mandi, ataupun melihat tempat-tempat atau wilayah-wilayah yang ee...sering tidak terurus misalnya banyak ad pot pot yang menampung air tapi tidak eee.. jarang dipantau. Ataupun tempat minum burung yang jaarang diganti airnya. P: Berarti sifatnya itu menyeluruh</p>	
<p>Karakteristik Masyarakat Dibedakan menjadi masyarakat asli dan pendatang. Sifatnya</p>	<p>P: Berarti sifatnya itu menyeluruh</p>	

<p>berbeda.</p> <p>Kendala saat melakukan komunikasi Penerimaan masyarakat terhadap Jumantik, rasa bosan masyarakat.</p> <p>Persepsi masyarakat tentang DBD Turunnya angka terjangkit DBD menunjukkan bahwa mereka sudah lebih tahu dan cepat tanggap. Baik</p>	<p>seperti itu?</p> <p>MS: Menyeluruh lebih fokus ke pencegahannya, kalau penyuluhan secara banyak orang itu, dari pencegahan sampai rehabilitative atau penyembuhannya itu dijelaskan di sana.</p> <p>P: Bagaimana karakteristik masyarakat di Sidakarya?</p> <p>MS: Di sidakarya ada memang masyarakat asli, ada memang pendatang. Kalau masyarakat asli memang lebih mudah kita masuknya. Karena memang eee... sudah dikenal sama Jumantik juga, juga lebih welcome lebih menerima juga dan juga mengerti juga tentang adanya Jumantik, pentingnya Jumantik sangat membantunya adanya jumantik ini tentang penyakit DBD. Kalau pendatang kadang kita datang mereka sudah berangkat kerja. Dan tidak ada yang di rumah itu, semuanya kerja. Jadi kita agak susah memantau masuk. Tapi kalau pendatang rata-rata rumahnya itu lebih minimalis, jadi dia sudah pakai shower, tidak terlalu banyak tanaman... tanaman... pot-pot gitu.. jadi kita periksa...kita periksa kemungkinan kalo memang yaa termasuk jenis Gema Petik, sorenya kita periksa.</p> <p>P: Lalu apakah terdapat kendala atau permasalahan yang dialami sosialisasi atau pemantauan di daerah sidakarya?</p> <p>MS: Ya.. memang ada beberapa kendala yaitu penerimaan juga dari masyarakat. Ada beberapa yang kurang juga menerima, walaupun sudah mengerti karena eeee... terlalu kan karena setiap bulannya kita rutin pemantauan karena kan memang harus rutin pemantauan untuk mencegah itu. Tetapi beberapa orang mungkin sudah bosan gitu yah. Mungkin sudah bosan. Jadi dia memilih cepat aja</p>	
---	---	--

<p>itu pencegahan-rehabilitatif.</p>	<p>ngomongnya “Ya...ya...sudah-sudah...sydah saya periksa-sudah saya periksa” gitu... Cuman yang kita takutkan kan eee... suatu saat nanti di rumahnya itu ada yang eee kena dbd itu. Padahal kita sudah berusaha memberikan eee... informasi...memberikan ajakan ataupun memohon ijin untuk pengecekan. Tetapi mungkin mereka sudah mulai bosan gitu jadi... P: Unutk anggapan masyarakat sendiri tentang penyakit DBD sendiri di Sidakarya itu seperti apa? MS: Karena angka penyakit dbd sudah mulai turun ya sekarang, jadi masyarkat sudah lebih tahu tentang dbd dan sudah lebih cepat tanggap tentang dbd. Kalau untuk penecgahanya, maysarakat sudah mulai paham entang pemantauan, 4 MPlus itu. Dan juga kalau panas 3 hari berturut-turut sudah mulai langsung eee... dibawa ke Puskesmas untuk pemeriksaan. Lanjut kalau memang panasnya tidak turun juga baru kita pemeriksaan darah gitu. Sudah mulai cepat tanggap dan pengetahuan tetnang dbdnya juga sudah terbuka. Sudah mulai...ada yang memang sendirinya meminta bubuk abate gitu karena mereka merasa butuh bubuk abate itu. Jadi mereka sendiri yang meminta bubuk abatenya. Kita informasikan juga tetnang takaran nya. 1 bungkus abate itu untuk berapa liter air gitu...</p>	
<p>Komunikasi risiko kesehatan Risiko penggunaan bubuk abate dan fogging.</p> <p>Pemahaman masyarakat risiko DBD</p>	<p>P: Tadi saya juga sempat mengetahui bahwa eee bubuk abate dan fogging itu memiliki risiko kesehatan. Bagaimana upaya dari jumantik ini untuk menyampaikan itu? MS: Tetep dijelaskan saat pembagian bubuk abate tetap dijelaskan. Bubuk abate ini boleh di.. disebar di mana aja asal jangan diminum atau digunakan untuk eee... utuk eee... minum atau</p>	

<p>Sudah cukup bagus karena masyarakat bertemu Jumantik.</p> <p>Evaluasi Program Komunikasi Risiko</p> <p>Dilakukan setahun sekali dari Dinas dengan indikator berupa ABJ dan data kasus.</p>	<p>makan begitu. Jadi di sini, bubuk abate digunakan di pot-pot seperti itu yang berisi air tapi tidak berisi ikan. Jadi kita memberi (keluhan) kepada masyarakat apakah potnya misalnya pot tanaman teratai gitu kan... jadi beberapa memang tidak berisi ikan jadi kita berikan abate untuk mencegah adanya jentik nyamuk. Untuk foggingnya, kita ada dua fogging dari dinas dari desa. Itu memang sangat menarik karena masyarakat lebih percaya fogging daripada psn, padahal fogging meningkatkan risiko kesehatan. makanya masyarkaat banyak yang meminta fogging tapi kita terus jelaskan yang lebih utama itu pemberantasan sarang nyamuknya. Sarang nyamuknya dulu kita berantas, baru kalau sudah bersih, dan masih ada nyamuk-nyamuk dewasa, baru kita <i>fogging</i>, seperti itu.</p> <p>P: Bagaimana di Sidakarya ini tentang pemahaman masyarkaatnya? Bisa diceritakan bagaimana masyarakat memandang dbdnya? Memahaminya seperti apa?</p> <p>MS: Pemahamannya sudah cukup bagus, karena setiap bulannya masyarakat ketemu sama jumantik. Jadi eee sudah buku merahnya juga. Beberapa juga sudah mengerti cara mengisi buku merahnya karena merak Jumantik Mandiri. Bagian mana yang perlu diperiksa. Terus eee kalau ada yang panas harus bagaimana penanganan pertamanya, kalau misalnya ada fogging itu apa yang harus dilakukan? Misalnya menutup tempat makan dan langsung keluar dari jarak ee rumah agar tidak terkena</p> <p>P: Dapatkah dijelaskan tentang cara puskesmas untuk mengevaluasi program?</p> <p>MS: Evaluasi kita lakukan setahun sekali, evaluasi dari dinas. Kita lihat ABJ indikatornya, disitu eee</p>	
--	---	--

	<p>kasusnya..data kasuanya kita lihat. (Sama perbandingan ABJ< IRnya). P: Mungkin itu saja untuk Sidakarnya ... bisa lanjut ke Panjer.</p>	
--	---	--



LAMPIRAN

Lampiran 1

Transcript verbatim

Hasil *depth-interview* 1

Tanggal : 11 Juni 2018

Waktu : 11 menit 47 detik

Keterangan:

P: Peneliti

S: Gita

<i>Codes</i>	<i>Transcript</i>	<i>Keterangan</i>
<p>Biodata/Profil Informan</p>	<p>P: Selamat siang, pagi.. dengan saya Kharisma sebagai peneliti. Saya berencana melakukan wawancara kepada puskesmas terkait dengan komunikasi risiko DBD. Pertama-tama saya ingin menanyakan biodata terlebih dahulu. Untuk biodatanya nama, tempat tanggal lahir, jabatan dan departemen dan lama bekerja.</p> <p>S: Nama..nama saya ya, nama saya Ni Luh Gita Sandewi, kelahiran Denpasar..</p> <p>P: Jabatan dan departemennya?</p> <p>S: Jabatan di sini mengkoordinator wilayah di desa Sesetan</p> <p>P: Lama bekerjanya?</p> <p>S: Lama bekerjanya dari 2010, sampai sekarang sudah 8 tahun.</p>	
<p>Fungsi Puskesmas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pelayanan publik - Turun langsung kepada masyarakat melalui Posyandu, 	<p>P: Mungkin saya akan bertanya terlebih dahulu tentang dapatkan diceritakan fungsi Puskesmas bagi masyarakat?</p> <p>S: Fungsi puskesmas sebagai pelayanan publik.</p> <p>P: Lalu dapatkan diceritakan bagaimana selama ini Puskesmas melakukan tugas dalam pelayanan publik, dalam bentuk apa?</p>	

<p>Divisi untuk komunikasi risiko DBD</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promkes <p>Fungsi Promkes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan penyuluhan imunisasi JE, penyuluhan dbd <p>Fungsi Jumantik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penyuluhan dbd oleh Jumantik (termasuk supervisor dan koordinator) <p>Kualifikasi Jumantik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berdomisili di wilayah kelurahan/desa - Minimal tamtan SMA/ sederajat - Memiliki SIM C - Memiliki HP untuk komunikasi <p>Panduan khusus komunikasi risiko DBD</p> <p>Dilakukan dengan penyuluhan saja. Misalnya melalui arisan-arisan. Penyuluhan dapat</p>	<p>S: Dalam bentuk pelindungan, kayak langsung turun ke warga kalau ada kejadian demam berdarah, seperti itu.. habis itu kepada Posyandu ada bayi cacat atau ibu hamil dengan kekurangan, tim dari Puskesmas turun langsung.</p> <p>P: Untuk di Puskesmas sendiri, bagian yang apa yang bertanggungjawab untuk menyampaikan informasi risiko DBD ini?</p> <p>S: Bagina Promkesnya</p> <p>P: Promkes?</p> <p>S: Nggih...</p> <p>P: Itu di promosi kesehatan berarti?</p> <p>S: Nggih...</p> <p>P: Terkait dengan pertanyaan itu, ee.. dapatkah diceritakan tentang tugas dari bagian Promkes itu?</p> <p>S: Tugas dari Promkes itu memberikan penyuluhan keluarga tentang apa aja informasi terbaru yang didapat, yang ada di Puskesmas, dari sana itu keluarga lebih peka pada informasi baru entah seperti ada imunisasi imunisasi, JE, seperti ada penyuluhan demam berdarah, dan apalagi itu banyak sih...</p> <p>P: Untuk yang demam berdarah itu, siapa yang melakukan...</p> <p>S: Melakukan gini.. penyuluhan? Biasanya kita Penyuluhan sama supervisor, sama koordinator, sama jumantik.</p> <p>P: Oh Jumantik..</p> <p>S: Nggih.</p> <p>P: Untuk ee.. Jumantik dan petugas lapangannya, apakah terdapat kualifikasi atau persyaratan khusus untuk menjadi seorang</p> <p>S: Jumantik? Ada.. syarat ada.. Untuk menjadi seorang jumantik itu ee.. dia harus berwarga..warga di sini.. di wilayah kelurahan Sesetan</p>	
--	--	--

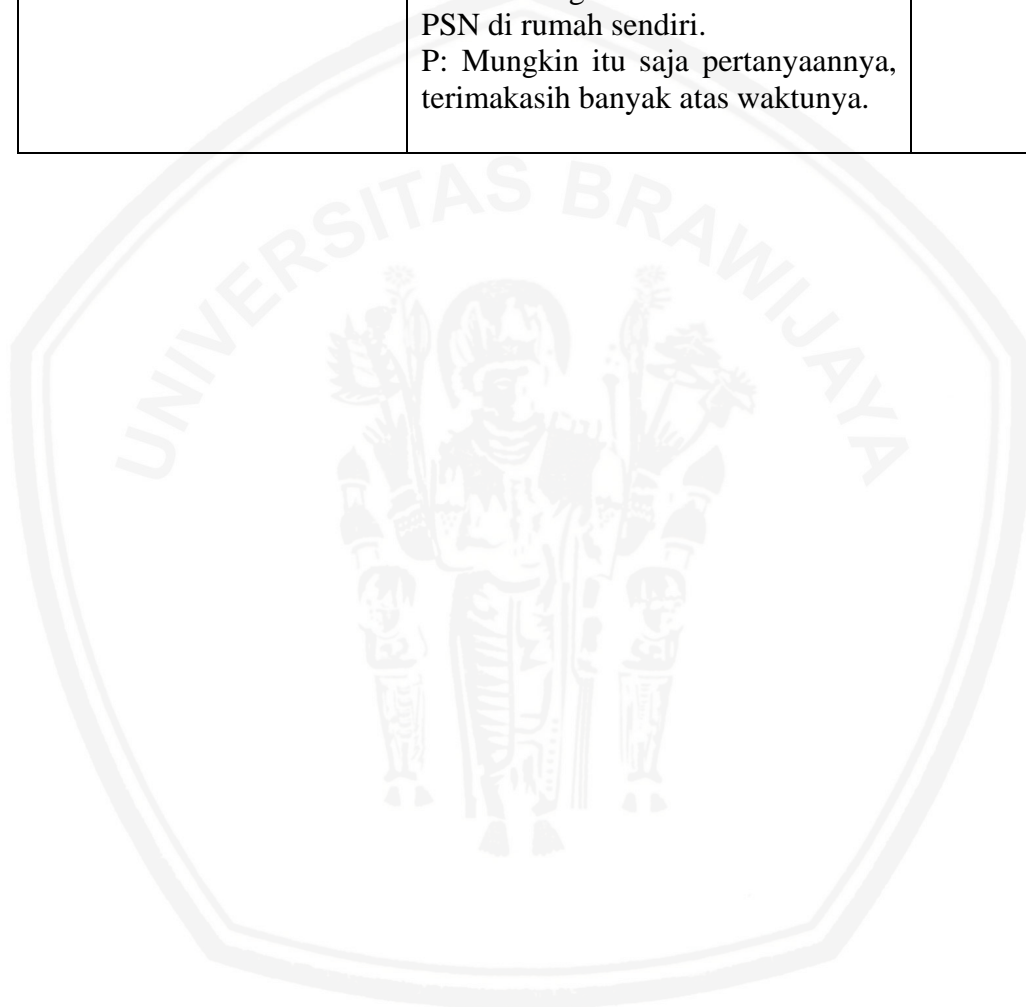
<p>dilakukan saat kegiatan PKK sore maupun malam hari menjelaskan apa itu demam berdarah..</p> <p>Kasus DBD di tahun 2010</p> <ul style="list-style-type: none"> - Banyak menyerang anak - Meninggal karena terlambat penanganan 	<p>dan masuk minimal tamatan SMA, punya SIM C, dan sekarang harus punya HP android untuk akses komunikasi.</p> <p>P: Apakah terdapat panduan khusus mengenai cara berkomunikasi tentang dbd ini di masyarakat wilayah kerja?</p> <p>S: Kita biasanya..ee.. komunikasi penyuluhan aja. Misalnya ibu-ibu ada arisan..Kapan arisannya.. baru kita turun.</p> <p>P: Oh...boleh diceritakan ttg pengalaman untuk sosialisasi seperti itu? Boleh diceritakan?</p> <p>S: Pernah...pernah penyuluhan...pernah penyuluhan pas lagi kegiatan Posyandu, Posyandu ataupun pas lagi ada arisan, arisan ibu-ibu PKK, di salah satu banjar yang ada di kelurahan Sesetan, entah itu di sore hari, entah itu malam, kita ikut turun ke sana memberikan penyuluhan keluarga, menjelaskan apa itu demam berdarah, bagaimana cara mencegah, ee.. dan cirri-cirinya itu bagaimana? Agar warga tidak terlambat, trus terjadi KLB. Soalnya sudah pernah ada kejadian, eee.. tahun 2010 kasus kita tinggi sekali, kebanyakan menyerang anak-anak, anak TK, dan mereka meninggal karena terlambat mendapat pertolongan. Biar tidak terjadi, terulang kejadian seperti itu. Kemudian setiap jumantik turun ke lapangan, mereka tetep selalu memberikan penyuluhan tentang informasi apapun yang didapat dari Puskesmas, entah itu imunisasi, entah itu tentang ibu hamil, atau DBD...tetep mereka menyampaikan. Agar warga tetep ingat bahwa DBD itu bahaya... berbahaya...agar tidak terlambat pertolongan.</p>	
---	---	--

	<p>P: Apakah.. Bagaimana cara Jumantik di Sesetan untuk melakukan pengumpulan informasi, atau penentuan pesan apa yang ingin disampaikan pada masyarakatnya?</p> <p>S: Bagaimana caranya? Mereka penyuluhan secara lisan..</p> <p>P: Lisan dalam... bisa dijelaskan?</p> <p>S: Misalnya seperti ini...misalnya "Selamat pagi, Om Swastyastu, tiang petugas Jumantik dari kelurahan Sesetan yang mewilayahi Banjar Pegok..."misalnya seperti itu, "Tiang ingin memeriksa rumah ibu. Boleh tiang cek? Kamar mandi atau tempat-tempat penampungan yang ada di sekitar rumah ibu?". Setelah diperiksa, mau pulang, kita memberikan penyuluhan sedikit "Ibu... ini" apatu namanya "Inget bahwa penyakit demam berdarah berbahaya. Kalau ada anak-anak, atau siapapun di rumah yang panas lebih dari 3 hari, harus segera diajak ke pusat pelayanan kesehatan terdekat, terus dicek darah agar tidak terlambat pertolongan." Itu aja sih...</p> <p>P: Berarti lebih ke preventif?</p> <p>P: Saya ingin bertanya mengenai karakteristik masyarakat di Sesetan itu khususnya. Dapatkah diceritakan mengenai karakteristik masyarakat di Sesetan?</p> <p>S: Eee.. berbeda beda ya. Ada yang mau menerima. Ada yang... tidak menyalahkan juga...Kadang-kadang kita datangnya terlalu pagi, mereka sibuk mau berangkat kerja. Ada yang mau fokus mendengarkan, ada yang sekedar mendengarkan. Tapi kita tidak pernah putus asa. Kita selslu tetp berusaha agar apapun yang mereka bagaimanapun mereka menanggapi kita, kita tetep berusaha untuk memberikan pelayanan...agar mereka tetep ada informasi.</p>	
--	---	--

	<p>P: Menurut mbok, apa yang idealnya dilakukan masyarakat dalam menghadapi risiko dbd?</p> <p>S: Mereka Cuma harus membersihkan lingkungan di sekitar rumah mereka saja. Kan itu demi mereka, bukan demi kita, bukan demi Puskesmas, bukan demi petugas kan itu kesehatan... itu demi mereka semua. Terutama membersihkan kamar mandi mereka sendiri, mengecek lingkungan mereka, entah itu ada barang bekas atau got mandet.. mereka harus wajib</p> <p>P: Membersihkannya...</p> <p>S: Nggih...</p> <p>P: Bagaimana cara Puskesmas menyampaikan informasi tersebut di Sesetan..APakah terdapat pendekatan khusus terhadap masyarakat?</p> <p>S: Pendekatan khusus sih, dari Jumantik aja. Sekalian mereka turun ke lapangan, sekalian mereka memberikan info. Pas kebetulan mereka melihat di lingkungan rumahnya itu ketemu jentik, mereka tetep kasi info ke warga "Ibu... ini tanaman air ibu ada jentiknya. Tolong dibersihkan. Ibu ini kamar mandinya ada jenitknya, tiang minta tolong dikuras, paling tidak dua minggu...seminggu dua kali." Itu aja sih...</p> <p>P: Bagaimana sampai saat ini masyarakat di wilayah kerja Sesetan ini menerima program2 Puskesmas? Seperti PSN, 4mPlus</p> <p>S: Mereka mau menerima...Kita ka nada program Gema Petik ni, eee.. Gerakan Jumantik Mandiri ni... Sebagian besar sudah ada warga yang mau membersihkan lingkungan rumah mereka sendiri. Seperti contohnya kita kan punya form</p>	
--	---	--

	<p>merah itu, merekaarganya yang mengisi...Kita tugasnya Jumantik sekarang cumin mengontrol apakah sudah benar, apakah mereka sudah benar melakukan kegiatan Gema Petik itu sesuai arahan dari kita.</p> <p>P: Berarti lebih memantau masyarakat?</p> <p>S: Iya.. iya.</p> <p>P: Lalu apa terdapat kendala, permasalahan ketika melakukan komunikasi pada masyarakat di wilayah kerja?</p> <p>S: Kalau kendala komunikasi sih...kadang-kadang aja, karena warga pendatang memang agak susah sedikit...mereka jam kerja juga... itu aja sih kendalanya.</p> <p>P: Bagaimana cara untuk mengatasi kendala itu?</p> <p>S: Mengatasi kendala itu.. kalau ga ketemu hari ini, ya besok kita pelan-pelan aja. Kita juga tidak berani terlalu memaksa, kita juga tidak berani, takutnya kalau kita terlalu memaksa...nanti kedepannya kita tidak dikasi masuk lagi, kita fleksibel aja kerjanya.</p> <p>P: Untuk pemahaman masyarakat di wilayah Sasetan sendiri seperti apa tentang DBD yaa?</p> <p>S: Mereka sih sudah... sudah...kalau pengertian tentang DBD kan semua warga sudah tau. Karena informasi tentang dbd kan sudah banyak ada entah itu di radio atau televisi pasti sudah pernah. Apalagi penyuluhan.. apalagi sekarang sudah ada program Gema Petik. Mau ngga mau, mereka jadi Jumantik Mandiri... otomatis mereka harus tau apa itu DBD.</p> <p>P: Lalu apakah bagaimana masyarakat di Sasetan itu mempersepsi DBD? Bagaimana mereka memandang penyakit</p>	
--	---	--

	<p>DBD?</p> <p>S: Mereka...tetep waspada, takut juga. Takut juga karena melihat banyak kejadian DBD tahun 2010, dan mereka juga was-was ikut Kalingnya ikut gotong royong setiap seminggu sekali, artinya masyarakat ngerespon baik. Mereka ini...semangat lah untuk melakukan PSN di rumah sendiri.</p> <p>P: Mungkin itu saja pertanyaannya, terimakasih banyak atas waktunya.</p>	
--	--	--



LAMPIRAN

Lampiran 1

Transcript verbatim

Hasil *depth-interview* 1

Tanggal : 11 Agustus 2018

Waktu : 20 menit 03 detik

Keterangan:

P: Peneliti

KW: Kharismawati

<i>Codes</i>	<i>Transcript</i>	<i>Keterangan</i>
	<p>P: Boleh dijelaskan biodatanya, nama, ttl, jabatan/departemen, dan lama bekerja</p> <p>KW: Nama lengkapnya Ni Luh Kharismawati, ttlnya Bangli, 20 Januari 1991, di sini jadi staff promosi kesehatan di Puskesmas I Denpasar Selatan...</p> <p>P: Dengan lama bekerjanya?</p> <p>KW: 2 tahun.</p> <p>P: Berarti 2016? Pertama saya ingin bertanya tentang puskesmas sebagai organisasi kesehatan. Dapatkah diceritakan fungsi puskesmas bagi masyarakat? Khususnya di bagian promosi kesehatan?</p> <p>KW: Kalau khususnya di bagian promkes kita sebenarnya menampung aspirasi masyarakat. Dimana kalau promkes itu kan sebagai wadah informasi dari masyarakat ke petugas kesehatan. Jadi misalnya kalau ada isu, atau ada isu kesehatan atau pengumuman penting...kita pertama yang mengumumkan ke masyarakat. Jika ada KLB, kejadian luar biasa atau penyakit yang udah...kayak dulu difteri kan...waspada difteri penyakit yang sudah hilang muncul lagi, kita yang memberikan informasi yang paling cepet untuk di</p>	

	<p>massa. Untuk massa...jadi kita bisa memberi informasi pertama untuk itu. Jadi menurut saya sih sangat berkaitan erat kalo puskesmas, promkes dengan kebudayaannya di masyarakat.</p> <p>P: Untuk di puskesmas itu, di bagian apa yang bertanggung jawab untuk menyampaikan informasi tentang risiko...risiko kesehatan</p> <p>KW: Tentang risiko kesehatan? secara khusus?</p> <p>P: Secara khusus mungkin di dbnya...</p> <p>KW: Ooo di db nya kalau misalnya secara khusus, kalo ada pasien biasanya berkaitan langsung dengan perawat atau dokter atau paramedic yang ada di pelayanan umum saat itu. Tapi kalau pencegahan dan promotif ya promosi kesehatan yang bertanggung jawab untuk menyebarkan informasi itu.</p> <p>P: Terkait dengan pertanyaan sebelumnya, untuk aktivitas komunikasi risiko dbd ini seperti apa ya kalau di promkes sendiri?</p> <p>KW: Aktivitas...maksudnya?</p> <p>P: Maksudnya...dalam bentuk apa saja informasi itu disampaikan</p> <p>KW: Ooo... jadi kita ada penyuluhan keliling pertama. Jadi kita mencari spot spot yang masyarakatnya banyak itu setiap Sabtu jika terjadi kenaikan kasus dbd. Demam berdarah. Terus kalo penyuluhan keliling udah, kita juga bisa menyebarkan informasi dari leaflet atau video yang kita putar di ruang tunggu...dan juga di posyandu..kan ada posyandu...ada rapat-rapat banjar kita bisa masukkan ke sana informasi tentang demam berdarah di sana..</p> <p>P: Secara ee...rutinatau ada jadwal tersendiri?</p> <p>KW: Ada jadwal tersendiri...jadi kita kan punya target dengan tidak Cuma demam berdarah aja...banyak penyakit yang seiring cuaca berubah kan ada penyakit-penyakit menular yang tubuh...atau ptm penyakit tidak menular. Jadi kita</p>	
--	--	--

	<p>jadwalkan kapan harus penyuluhan itu. Tapi kalau kenaikan demam berdarah itu tinggi, pada satu masa, dan memang itu jadi perhatian pemerintah ya kita pasti fokusya ke sanadulu.</p> <p>P: Untuk di tahun ini,dbd ini ada jadwalnyakapan untuk pnyuluhan?</p> <p>KW: Tahun ini per bulan kita ada jadwal penyuluhannya jadi kita sudah bagi...penyuluhannya dbd atau penyakit apa. Kalau misalkan staff dari promosi kesehatan tidak bisa karena kami berdua ee...jadi kita bisa melatih juga pemegang dari daerah binaan namanya. Jadi misalnya Pak Oka dimana dia bertanggungjawab pada daerah binaannya...misalnya daerah banjar apa...banjar A. Jadi kalo misalnya staff promosi kesehatan tidak bisa kita alihkan ke Pak Oka, apa saja yang harus diberikan saat posyandu atau rapat banjar. Informasinya oka yang ngasi bukan kita...jadi ada delegasi wewenang.</p> <p>P: Berarti kalau ada kendala dari staffnya adadelegasi?</p> <p>KW: Iya..ke bagian lain atau ke pemegang daerah binaan namanya kalodi sini. Jadi kan kita ga bisa nge handle sekian belas ribu ee orang dalam satu wilayah kerja. (Termasuk sekolah juga ada)</p> <p>KW: Iya termasuk sekolah (Kita ke sekolah untuk memberikan penyuluhan dbd, itu kan penting untuk sekolah. Karena kasus kan kebanyakan anak-anak di sekolah juga kena)</p> <p>P: Berarti ke sekolah-sekolah itu SD SMP SMA?</p> <p>(Iya wilayah kerja, semua sekolah)</p> <p>P: Lalu bagaimana cara menyampaikan informasi kesehatan itu kepadamasyarkat di wilayah kerja? Dengan apa saja selain aktivitas yang tadi denan media apa saja disampaikan informasi risiko kesehatannya?</p> <p>KW: Kalau misalnya...kita sih biasanya memang dari media cetak</p>	
--	---	--

	<p>pertama....media elektronik ya dengan penyuluhan keliling itu...kalo misalnya di tempat ya kita pake video dan power point yang biasa di di..di apanamanya...kita biasa pake untuk presentasi...itu aja. Kalo massa dengan apanamanya...bebondresan...apa ya bahasa indonesianya...tari-tarian atau pertunjukan yang misalnya ada yang dari humoris itu lo, ada kelompok grup lawak memang di denpasar ada di di...dikordinirkan untuk itu. Kalau kita ada pertunjukkan masa misalnya ulantahun STT kan banyak orangnya, kita bisa mengundang itu. Jadi grup siapanamanya ya...Tklonton Mas...itu bisa kita sewa kotadenpasar menyediakan...kalo sekarang dadong rerod kayaknya...itu disediakan dbd nya...</p> <p>P: Ooh bisa...</p> <p>KW: Bisa kita...sementara sih untuk HIV kalo dadong rerodnya. Program HIVnya yang punya kaya gitu. Tapi kalo kita mau, kita bisa menyewa tapi kordinasi dulu dengan dinas kesehatan kota.</p> <p>P: Berarti ada bisa melalui media tradisional seperti bondres seperti itu? (tari-tarian...bisa disisipkan infomasi nya di sana)</p> <p>P: Berarti sebelum itu harus tetep kordinasi dengan program maupun dinas?</p> <p>KW: Iya iya...maupun dinas.</p> <p>P: Terkait itu, apakah ada panduan khusus terkait sebelum melakukan penyampaian informasi kesehatan kepda masyarakat?</p> <p>KW: Advokasi dulu kitake tokoh masyarakat. Setempat...Kita tidak boleh ke sana langsung memberikan tiba-tiba. Kita harus advokasi dulu apalagi kalo skalanya besar, advokasi dulu ke tokoh masyarakat baik kaling atau kepala desa, kondisi masyarakatnya gimana, sifat dari kelompok masyarakatnya disana, apa bisa nggak menerima dengan cara yang akan kita lakukan, efektif atau tidak ya tergantung nanti keputusan kaling. Kalau</p>	
--	---	--

	<p>memang disetujui, lanjut. Kalo tidak, ya kita cari cara lain...</p> <p>(Biasanya juga ada dari desa, mengundang kita untuk melakukan penyuluhan dbd karena mereka kan ada jadwal untuk penganggaran, untuk kita tueun kesana)</p> <p>P: Berarti yang dari desa bisa kordinasi ke puskesmas untuk...</p> <p>KW: Bisa...iya...</p> <p>P: Mengisi materi...</p> <p>(Jadi ke banjar kita mengasi materi informasi di sana atas permintaannya dia punya jadwal kita)</p> <p>P: Untuk kaitan dari promkes ke jumantik sendiri seperti apa?</p> <p>(Ke jumantiknya...promkes ke jumantiknya...ee...sebatas itu ya mbok...)</p> <p>KW: Sebatas kita member tahu untuk konseling mandiri. Jadi kalo misalnya ada...misalnya kita ketemu kasus, kasus itu promkes dulu yang menelaah apa sih sebenarnya cara untuk agar kasus itu tidak muncul lagi. Jadi saat jumantik turun door-to-door, harus memberikan informasi itu. Jadi kita sebatas konseling mandiri. Konseling mandiri, jadi mereka sudah bisa meng KIE...eee...masyarakat itu sendiri</p> <p>P: KIE itu konseling...informasi edukasi?</p> <p>KW: Konseling...iya. Tapi dengan yang sederhana. Kalo misalnya ada pertanyaan lebih lanjut, nanti pasti dilempar ke Puskesmas lagi...untuk dim au diadakan acara apa biar lebih gini ke...tetep pasti berkaitan dengan tokoh masyarakat setempat.</p> <p>P: Berarti saya pahami itu jadinya promkes ini identifikasi permasalahan....</p> <p>KW: pencegahan...preventif..</p> <p>P: Sedangkan jumantik ini yang lebih door-to-door...apa seperti itu?</p> <p>KW: Iya....</p> <p>(kita sebatas preventif...pencegahan...jadi mengedukasi masyarkat, memberdayakan, membangun, biar masyarkat menjaga kesehatan, khususnya dbd ya...)</p> <p>KW: Pencegahan sebatas PSN...kalao</p>	
--	---	--

	<p>sudah kuratif pengobatan pasti ke dokter..bukan ranah kita lagi.</p> <p>P: Saat ini apa saja program yang dilakukan untuk pencegahan dbd?</p> <p>KW: Selama ini dengan mengikuti program kota Denpasar cuman 4MPLus dan PSN itu kan...PSN pemberantasan sarang nyamuk dan 4 Mplus..itu aja...ada gertak...jumantik cerdas untuk sekolah...gemapetik yang mandiri...ada self jumantik mandiri di rumah...itu program...itu program pemerintah.</p> <p>P: Untuk strategi komunikasi di masyarakatnya dapatkah diceritakan tentang karakteristik masyarakat di wilayah kerja densel ini...</p> <p>KW: Kalau karakteristik kita di sini, memang sangat beda dengan pedesaan. Di sini, tipenya kalo ga sakit dulu dia tidak mau peduli dengan apa yang kita bilang...pencegahan itu. Jadi memang kalo kita waktu penyuluhan keliling itu kan Masa ya...tapi tidak menyasar per orang. Di sana kita kita berhenti di pasar yang lagi kredit, memang itu target sasarannya harus di tempat yang banyak orang. Jadi pas disana mungkin ada yang mendengarkan, ada yang bilang kita rebut, mungkin ada yang memang terganggu dengan kita parker hanya beberapa menit di sana untuk memberikan informasi ya...jadi menurut saya saya sih karakteristik di sini lebih ke acuh tak acuh, karena banyak pendatang...urbanya tinggi....(mereka juga sibuk banyak kerjanya)...iya sibuk</p> <p>P: Kerja ya...</p> <p>KW: Heeh..pekerjaan juga. Kadang hari sabtu kita juga keliling kan...ke perumahan-perumahan. Mereka semuanya istirahat pagi, tapi sebenarnya kan kalo PSN, kalo ditauin pagi, mereka bisa pencegahan itu sehari full itu, sore kan udah gaada lagi nyamuk-nyamuk aedes aegypti. Kalo kesiang, telat gitu maksudnya. Tapi itu dah kadang kita</p>	
--	---	--

	<p>dibilang rebut, atau ngga ini...jadi beda. Kalo pedesaan kan kadang ada koar-koar dikit mereka concern, dia bilang apa? Kalau di sini...acuh tak acuh.</p> <p>(Tapi untuk di sekolah sih selama ini ngga ada masalah artinya dari gurunya juga menerima...bagus...ke siswa juga bagus...karena mungkin nanti ada prakteknya untuk membersihkan lingkungan sekolah dan di rumahnya juga)</p> <p>P: Berarti mungkin lebih ke penerimaan masyarakatnya ?</p> <p>KW: Penerimaannya yang susah...kecuali ada pengobatan gratis...baru...</p> <p>P: Bagi petugas promkes sendiri, apa yang idealnya dilakukan masyarakat untuk menghadapi risiko dbd itu?</p> <p>KW: PSN...ngga ada lagi kata lain....pemberantasan sarangnyamuk. Karena diberantas kan jentik, kalo fogging yang diberantas nyamuk dewasa...perbandingannay 1:100. Jadi kalo 1 nyamuk dewasa mati, lagi 100 jentiknya berpotensi hidup. Kalo jentiknya dimatiin 100, nyamuk dewasa ini 1 udah pasti gabisa berkembang...</p> <p>P: Oh gitu...berarti lebih...</p> <p>KW: PSN...</p> <p>P: Untuk ee..komunikasi risiko dari dbd promkes ini menyampaikan informasi ttg apa aja?</p> <p>KW: Kalo kita sih 4MPLus itu yang lebih kitatekankan dan menanam tanaman yang mengusir nyamuk...terus me apa beli ikan pemakan jentik...itu yang bisa...pokoknya itu hal-hal yang bisa kita tekankan masyarakat bisa melakukannya. Jadi itu 4...PSN itu pasti bisa dilakuin mereka. Karena itu kan bertujuan untuk membersihkan lingkungan juga kan...jadi itu bersih-bersih juga di PSN. Kalo udah fogging kan bukan ranah mereka jadi kita tidak menjelaskan ke sana.</p> <p>P: Oh iya...untuk fogging dan abate jgua setau saya fogging ini kan karena dia memiliki risiko kesehatan juga, apakah</p>	
--	--	--

	<p>dari promkes ini sudah pernah...menyuluhkan kalomisikan fogign ini...</p> <p>KW: Iya kalo misalkan penyuluhan-penyuluhan per banjar, posyandu, kita tetep tekankan fogging adalah pilihan terakhir karena itu mengandung bahan-bahan kimia dengan asap yang lumayan. Jadi itu bisa menginfeksi paru-paru. Kasian juga anak kecil atau bayi yang tinggal di dalam rumah itu kan. Jadi kita menginformasikan di sana. Kecuali kalo penyuluhan keliling kita tidak bisa terlalu panjang untuk menjelaskan sesuatu karena dia harus singkat padat dan jelas. Jadi yang di penyuluhan keliling kita sortir itu khusus PSN 4MPlus itu. Harus seperti itu.</p> <p>P: Berarti penyuluhan keliling itu dengan mobil itu?</p> <p>(Iya)</p> <p>KW: Dengan mobil dan kita berhenti di satu spot keramaian.</p> <p>P: Berarti di spot keramaian itu benar disortir informasinya?</p> <p>KW: Iya</p> <p>P: Terkait dengan masyarakat kembali mbok, bagaimana tanggapan masyarakat dengan program2 yang telah dilakukan puskesmas terkait dengan komunikasi risiko dbdnya in?</p> <p>KW: Sebenarnya kalo tanggapan mereka sebenarnya menerima-menerima aja. Tidak pernah ada komunikasi yang mereka anggap tidak sampai/sia-sia. Hanya saja kalo ada yang bener-bener urgent kan seperti difteri yang mematikan itu yang mereka baru sampe ada yang nge WA, atau nanya, pas penyuluhan ada yang nanya ke kita. Gimana cara pencegahnnya, imunisasinya gimana karena menyeranganya anak-anak. Mungkin mereka lebih khawatir dari tingkat urgrnsinya. Kalo dbd ya mereka biasa seperti udah penyakit lumrah, cuman kan sebenarnya menimbulkan kematian juga.</p> <p>(Apalagi kan di densely a...rawan ya)</p>	
--	---	--

	<p>KW: Di sini memang (Bisa dikatakan..)</p> <p>KW: Padat penduduk...rumahnya berdempetan...itu yang menyebabkan tidak adanya space untuk...kita kalo menjaga lingkungan itu ngga bersih kan gampang</p> <p>P: Menular...</p> <p>KW: Iya...</p> <p>P: Mungkin lebih ke persepsi tentang penyakitnya ini, tanggapan itu lebih disesuaikan dengan bagaimana penyakit ini dipersepsikan oleh masyarakat?</p> <p>KW: Iya....</p> <p>P: Urgensinya seperti apa...</p> <p>P: Berarti apakah terdapat kendala saat menyampaikan informasi tersebut?</p> <p>KW: Kalo kendala itu-itu aja sih. Kalo penyuluhan keliling kan kendalanya pasti kita yang tidak bisa tau tepat sasaran atau tidak informasi kita kan. Kalo penyuluhan yang di tempat yang sudah kita rencanakan, di banjar-bajjar sebenarnya gaada kendala sih, mereka interaktif...kalo misalnya perlu dipertanyakan. Kalau kayak sekarang kan baru masuk musim hujan ya, kita tidak tau peningkatan kasus bagaimana. Kalau peningkatan kasusnya banyak...terus itu jadi sorotan lah densel....di wilayah ini densel satu baru mereka akan gini...aktif kalupun di penyuluhan keliling. Kayak waktu ini memang kasusnya dikit, emang untuk dbd dari rumah sakit yang kerjasama di sini juga tidak ada kasus berarti, mereka acuh berarti tentang itu.</p> <p>P: Bagi mbok sendiri, bagaimana anda memandang anggapan masyarakat ttg penyakit dbd?</p> <p>KW: Kalo bagi saya, masyarakat itu ya kalo di bilang cuek sih tidak. Kalo dibilang peduli...tidak semuanya. Karena masih ditemukan...maksudnya jumatik kita masih aktif menemukan ada jenitk, ada jadwla2 gema petik yang serentak kan...gertak itu...yang serentak untuk ke</p>	
--	--	--

	<p>rumah-rumah warga masih ditemukan jenitk jadikalo menurut saya sih penduduknya sekarang sudah mulai aware. Dibanding tahun lalu, karena peningkatan kasus tahun lalu itu tinggi. Sekarangsudah mulai aware dengan aktif meminta abate kalo memang mereka merasa sudah adayang demamdi rumahnya..pasti ke sini meminta abate. Atau lewat jumantik minta abate untuk ke lingkungannya. Sekarang lebih aware mereka</p> <p>P: Kalau misalkan tadi terkaitdengan keberhasilan programitu apakah terdapat evaluasi terhadap program2 yang dilakukan?</p> <p>KW: Maksudnya?</p> <p>P: Promkes sendiri...untuk mengevaluasi kegiatan penyuluhan keliling penyampaina informasi kesehatan lainnya?</p> <p>KW: Kalo penyuluhan kelilingnya sementara kita evaluasinya dengan orang-orang yang lewat itu ya...kita tanyakan mereka mengerti apa tidak infromasi kita sampe atau tidak...seberapa persen mereka mengerti dengan informasi yang kita berikan...kalo misalnya di posyandu, gampang. Karena kita bisa umpan balik tanya jawab. Kalo di penyuluhan keliling ya...random aja. Jadi ga bisa kita terlalu spesifik nanya tentatn evaluasina gimana</p> <p>P: Mungkin itu dulu untuk saya saat ini mb. Kalo nanti ada pertanyaan tambahan mungkin nanti saya ke sini lagi. Tapi kalaountuksaat ini sepertinya saya akan konsultasi dulu ke dospem. Karena liburannay sudah mau selesaiampe agustus saya</p> <p>(Tapi udah kebayang...untuk promkesnya)</p> <p>P: Saya nangkepnya kalopromkes ini lebih ke masal</p> <p>KW: Iya</p> <p>P: sedangkan jumantik ini lebih one-to-oen, komunikasi antarpribadi</p>	
--	---	--

	<p>KW: Untuk dbd ya...</p> <p>P: Untuk dbd khususnya Promkes ini lebih massif...massal...sedangkan jumentik saya lihat satu ke satu.</p> <p>(Untuk komunikasi antara promkes-kesling udah?)</p> <p>P: Promkes kesling itu belum tanyakan tadi gimana kordinasi antara promkes dan kesling ini?</p> <p>(Ya promkes keslingitu... kesling kan punya jadwal untuk dbd misalkan darikita di promkes ada jadwal dbd...biasanya mungkin beberapa hari dari pihak pemegang program pak oka ngasitau ke promkesnya bahwa ada penyuluhan ini di banjar ini, di sekolah ini, dari promkes sudah menyiapkan kayak LCD, laptop, materi dsb. Sebatas itu sih kordinasinya. Nah kalo ada surat undangan dari desa/banjar untuk memberikan dbd tadi kan ad permintaan dari pihak staff, jadi kembali promkes-kesling berkordinasi ya sebatas elwat chat kan ketmeu langsung di kantor..Bela)</p>	
--	---	--

LAMPIRAN

Lampiran 1

*Transcript verbatim*Hasil *depth-interview* 1

Tanggal : 11 Juni 2018

Waktu : 12 menit 38 detik

Keterangan:

P: Peneliti

M: Martini

<i>Codes</i>	<i>Transcript</i>	Keterangan
Biodata/Profil Informan	<p>P: Ibu... dapat diceritakan dulu tentang biodatanya ibu.. nama, tempat tanggal lahir, jabatan dan lama bekerja?</p> <p>M: Nama Ni Nyoman Martini, wilayah kerja Banjar Kaja Panjer. Lama bekerja dari tahun 2007 sampai sekarang.</p>	
Komunikasi risiko terjangkit DBD Dilakukan dengan: pelaporan pada Kaling, pemantauan warga, pengucapan salam, menyampaikan tujuan kedatangan,	<p>P: Dapatkah diceritakan tentang upaya... sebagai jumentik untuk menyampaikan informasi tentang...dbd ini pada masyarakat?</p> <p>M: Pertama kita koordinasi dulu sama Kaling, bahwa kita lapor, lapor diri istilahnya kepada Kaling bahwa kita adalah Jumentik di wilayah beliau. Kebetulan tiang orang aslinya Banjar Kangin, tapi wilayah kerja tiang Banjar Kaja.. gitu. Tiang koordinasi dulu sama Pak Kaling.. “Pak tiang Jumentiknya banjar Kaja..” “Oh nggih..” Untuk kedepannya sambil jalan kita sering komunikasi aja pak nggih. Terus untuk pemantauan di warga, seperti biasa sebelum dateng kita ucapkan salam, terus menyampaikan apa yang akan kita... kedatangan kita untuk apa...misalnya</p>	

<p>Jenis informasi yang dikomunikasikan Pada saat pemantauan jentik: himbuan untuk memantau jentik, menguras penampungan air, memantau lingkungan sekitar rumah dan benda-benda berpotensi seperti <i>Penjor</i></p> <p>Konstruksi masyarakat mengenai DBD Masyarakat meminta fogging</p> <p>Kendala komunikasi risiko kesehatan Penduduk asli: tidak ada di rumah. Penduduk pendatang: ketidakpedulian</p>	<p>“ Selamat pagi, tiang dari Jumantik wilayah Banjar Kaja mau memantau jentik nyamuk.”. Ooh kadang-kadang penerimaan masyarakat nika “ Ooh pake ember pake ember”” Oh.. pake ember ibu nggih...Ibu pakai dispenser?” kenten. “karena penampungan air nika kan tidak Cuma di bak mandi aja..ada dispenser seperti itu...ada pot...kadang ember yang di luar, di belakang rumah, ada ember cet yang masih eee.. ditaruhnya tidak dibalik itu kalau ujan kan bisa menampun air. Mereka kurang paham dah sama lingkungan mereka. Dia letaknya di belakang rumah kenten... P: Informasi apa saja yang biasanya disampaikan Bu? M: Itu dah... untuk pemantauan jentiknya, rajin menguras bak mandi, terus disekelilingnya juga dipantau, serpti itu, kayak carat coblong...gininya penjor...lubang penjor kayak gitu itu harus ditutup...”seperti itu... P: Program PSN ini saya sempat dengar untuk ini ada abate dan fggoing seprti itu. Kira-kira bagaimana cara ibu untuk menyampaikan tindakan seperti itu pada masyarkat? M: Kadang masyarkatnya seperti ini...minta fogging, fogging, fogging seperti itu...kita berusaha menjelaskan pada masyarkat hal yang paling utama untuk pemberantasan jenitk itu bukan fogging yang menyelesaikan. Seperti nika. Yang utama adalah pemberantasan sarang nyamuknya. Unutk fogging nika, menyasar nyamuk dewasa, seperti itu..Jadi yang perlu Ibu, Bapak, atau Adik lakukan di rumah adalah membersihkan jentik, membersihkan lingkungan, wilayah nika, menguras bak mandi, jangan menggantung</p>	
---	---	--

<p>Upaya mengatasi kendala Pelaporan ke Kaling</p>	<p>pakaian di belakang-belakang pintu...kenten. P: untuk kendala yang selama ini pernah dialami Ibu seperti apa? Bolhe dijelaskan? M: Kendalanya.. biasanya kalau penduduk asli biasanya ibu bapaknya kerja anaknya sekolah yang tinggal di sana neneknya aja.. Susah kita kasi ini.. “sing ade nyen..sing ade nyen...” seperti itu.. Kalau untuk pendatang, kos-kosan gitu, walaupun kita gedor-gedor, kadang mereka cuek. Sengaja dibanting pintunya “jder” begitu...”Oh hati-hati aja kamu saya lapor ke Pak Kaling” saya ancam seperti itu aja. Tapi mereka cuek aja gitu lo. Eee malah dia banting pintu “jder” gitu... saya bilang “Oh hati-hati kamu kamar nomor gini liat saja ya” Saya foto saya kirim kamu” karena kita tetep koordinasinya pada pak Kaling, kalau emang harus disampaikan ke Kelurahan, kita sampaikan ke Kelurahan....seperti itu...iya P: Lalu selama ini, selama ibu bekerja mejadi jumantik? Bagaimana persepsi masyakaat atau anggapannya terhadap penyakit dbd ini? M: Tanggapannya... ee...sudah mungkin, masyarkaat mungkin sudah paham bahayanya DBD, harus rajin menguras bak mandinya, kegia..kegiatan yang harus mereka lakukan setiap harinya...nike... warga sudah mulai paham dengan keberadaan kita sebagai jumantik. Kadang kalau kita datang udah ditunjukkin kartu merahnya kita udah dikasi langsung...udah dikuras...seperti itu. P: Terkait pemahaman dbdnya seperti apa Bu? M: Sudah mulai paham warganya, tentang penyakit DBD, bahayanya</p>	
<p>Persepsi masyarakat di wilayah kerja terkait DBD Sudah memahami bahaya dbd dan peran jumantik</p>		
<p>Tugas dan fungsi Jumantik Datang, memantau jentik di berbagai tempat,</p>		
<p>Upaya melibatkan masyarakat Himbauan Gema Petik</p>		

	<p>nike udah mulai mengerti dan mulai paham</p> <p>P: Saya juga ingin bertanya apa saja yang ibu lakukan, atau tugas apa yang menjadi <i>jobdesc</i> Jumantik nike?</p> <p>M: Pertama kita dateng, menyampaikan salam nike, terus memantau, cek jentik nyamuknya di bak mandi kalau mereka pake bak mandi, kalau ngga kita pantau sekelilingnya, kadang-kadang ada tanaman air yang gak isi ikannya, kita usahakan, kita sampaikan kalau memang mau dibiarkan arinya lebih tinggi dari tanahnya dia nika, disarankan untuk diisi ikan. Terus tempat-tempat minum burung, trus ember-ember yang di belakang rumah. Kadang mereka eee.. bersihnya di depan aja...di belkaang msaih ada sisa “Bu ini ada embernnya masih ada...”kalau ibu memang tidak pakai sebaiknya dibuang saja.”</p> <p>P: Apakah dari jumantik sendiri melakukan evaluasi setelah dilakukan?</p> <p>M: Ya.a..kalau Gema Petik, setiap Minggu kita datengin lagi, ee... di awal kita kasitai “Ibu... ini ada programnya Gema Petik, ibu harus bisa menjadi jumantik di lingkungan ibu senidri. Ini caranya mengisi kartu merah.” Minggu depannya kita dateng lagi, “Gimana ibu... udah dipantau bak mandinya kemarin?” Ditanya lagi seperti itu...</p> <p>P: Berarti sifatnya pemantauan ya...</p> <p>M: Iya...pemantauan...</p> <p>P: Mungkin itu saja dulu yang saya ingin tnayakan. Saya boleh minta kontaknya ibu juga? Siapatau nanti saya bisa bertanya lebih lanjut...</p> <p>M: (menyebut nomor kontak)</p> <p>P: Mungkin saya ijin juga untuk menulis identitas nama di laporan skripsi saya nanti</p>	
--	---	--

	<p>M: Tidak apa-apa.. P: Terima kasih banyak M: Kalau gitu saya pamit dulu ya... P: Terimakasih banyak Bu..</p>	
--	---	--



LAMPIRAN

Lampiran 1

Transcript verbatim

Hasil *depth-interview* 1

Tanggal : 11 Juni 2018

Waktu : 7 menit 50 detik

Keterangan:

P: Peneliti

SU: Sugiantara

<i>Codes</i>	<i>Transcript</i>	Keterangan
Biodata/Profil Informan Peran dan Fungsi Jumantik Tugas: koordinator memantau, dan turun lapangan bersama jumantik, merekap laporan harian dan bulanan, melaporkan ke Dinkes Kota.	<p>P: Boleh dijelaskan biodatanya nama tempat tanggal lahir, jabatan, dan lama bekerja di departemen</p> <p>SU: Perkenalkan nama saya I Putu Sugiantara, saya lahir di Sibang Kaja, 20 Mei 1988, saya mewilayahi kelurahan Panjer dan lama bekerja disini dari akhir 2013 sampai hari ini</p> <p>P: Untuk di Puskesmas sendiri, dapatkah diceritakan tentang pekerjaan yang dilakukan sebagai Jumantik/koordinator di Panjer seperti apa?</p> <p>SU: Untuk koordinator di Panjer kita jam kerja pertama kita hari kerja kita kerja dari Senin sampe Sabtu. Dan jam kerja untuk koordinator menyesuaikan dengan jam kerja Puskesmas. Tugasnya koordinator ni, eee... kita juga ikut memantau turun ke lapangan bersama jumantik ke rumah-rumah, setelah itu kita merekap laporan, kita merekap laporan perhari yang dilakukan Jumantik, dan merekap laporan perbulannya. Setelah itu kita mengirimkan data laporan tersebut ke Dinas Kesehatan Kota.</p> <p>P: Berarti untuk koordinator ini secara</p>	

<p>Komunikasi risiko terjangkau DBD Ada 9 Jumantik di Panjer. Jumantik berdomisili asli. Laporan kasus dbd diperoleh Puskesmas melalui Kaling. Lalu dilakukan pemantauan di rumah terjangkau.</p> <p>Komunikasi risiko terjangkau DBD : Pemantauan di rumah, penyuluhan informasi tentang DBD</p> <p>Inovasi komunikasi Penggunaan stiker untuk membuat jera KK karena banyak jentik</p> <p>Diterapkan di wilayah kerja lain</p> <p>Bentuk komunikasi melalui stiker Zona Jentik Nyamuk, ada keterangan penampungan air, tanggal pemantauan.</p>	<p>umum sama itu laporannya? SU: Iyaa.. hmmm...</p> <p>P: Saya ingin mengetahui juga bagaimana cara Jumantik di Panjer untuk melakukan komunikasi risiko DBD di wilayah kerja? SU: Kita di Panjer ada 9 banjar. Masing-masing banjar ada 1 jumantik, jadi kita ada 9 jumantik. Eee... sebegini besar Jumantik mewilayah wilayah tersebut orang asli banjar. Jadi untuk komunikasi kita ada kasus atau yang baru menderita panas kita gampang komunikasinya lebih cepat informasi yang kita dapat. Pertama eee... masyarakat bisa melapor ke Kaling, lalu Kaling laporannya turun ke Jumantik, setelah itu besok Jumantik memantau rumah yang yang dapat informasi panas tersebut. Besoknya kita langsung pantau. P: Lalu apakah karakteristik dari program-program yang telah dilakukan baik dari pengumpulan informasinya, pesan yang ingin disampaikan di daerah Panjer ini seperti apa? SU: Untuk pesan kita lakukan seperti biasa kita lakukan pemantauan di rumah-rumah dan memberikan penyuluhan memberikan informasi kepada masyarakat tentang apa itu dbd, cara pencegahannya dan cara penanganannya, jika sudah terkena dbd dan kita juga di Panjer ada satu inovasi. Inovasi yaitu menempelkan stiker di setiap rumah, eee... itu bermaksud membuat jera salah satu KK jika ada rumahnya terus menerus ada jentiknya. P: Apakah itu dilakukan di setiap kecamatan? Selain di Panjer apakah itu juga dilakukan di Sidakarya atau di Sesetan seperti itu? SU: Ya... seperti ee di Sesetan juga melakukan seperti itu. Salah satunya menempelkan stiker di setiap rumah.</p>	
---	---	--

<p>Stiker tersebut juga menjadi tanda bagi Jumantik untuk melakukan pengecekan dan pemantauan.</p>	<p>Dan selain itu kita terapkan juga di panjer.</p> <p>P: Stikernya itu seperti apa?</p> <p>Maksudnya dijelaskan saja tidak apa</p> <p>SU: eee.. stikernya...stiker zona jentik seperti itu..nanti ada penampungan ee penampungan bak mandi, ember gitu, nanti ada kitajuga aada nanti setiap rumah ditempelkan stiker dan kita tulis di setiap setiker tersebut pemantauannya tanggal berapa dan apa yang penampunganyang di rumahnya tersebut positif jentik. Nanti setelah itu, per, setiap minggunya kita kesana. Jika ada salah satu rumah terisi stiker zona jentik maka rumah itu sebelumnya sudah dipantau dan ada jentiknya.</p> <p>P: Dapatkah diceritakan tentang karakteristik masyarakat di Panjer seperti apa?</p> <p>SU: Terutama untuk penduduk lokal sudah welcome dengan adanya Jumantik itu. Artinya mereka sudah terbiasa eee dan untuk memantua rumahnya pun kt sudah dibiarkan masuk. Dan selain itu kita juga susahny di penduduk pendatang. Seperti yang di kos-kosan tersebut, paginya mereka kan kerja, kita mulai kesana, artinya kita belum ketemu. Nanti pulangny malam. Setiap harinya begitu. Jadi mereka libur Minggu, kita juga libur Minggu jadi kan kita gak bisa ketemu sama penghuni rumahnya tersebut.</p> <p>P: Menurut Bpk sendiri, idealnya apa untuk melakukan, menghadapi risiko DBD ini/</p> <p>SU: Yang paling mudah kita melakukan 4M..seperti yang dibilang tadi, kita melakukan 4M di masi, paling nggak kita melakukan 4M di masing-masing rumah kita sendiri. Di lingkungan rumah kita sendiri.</p> <p>P: Dapatkah diceritakan tentang,</p>	
<p>Karakteristik masyarakat di Panjer</p> <p>Perbedaan sikap antara penduduk lokal dan pendatang.</p>		
<p>Kondisi ideal masyarakat dalam menghadapi risiko DBD</p> <p>Melakukan 4MPlus di lingkungan sekitar rumah.</p>		
<p>Tanggapan masyarakat tentang program</p> <p>Senang karena merasa diperhatikan dan dipantau di rumah</p>		
<p>Kendala komunikasi risiko terjangkau DBD</p> <p>Perbedaan antara penduduk lokal vs</p>		

<p>penduduk pendatang.</p> <p>Pandangan masyarakat terkait risiko terjangkit DBD</p> <p>Mulai peduli dengan kesehatan sendiri</p> <p>Pemahaman masyarakat</p>	<p>bagaimana masyarakat menanggapi program tersebut di wilayah kerja Panjer?</p> <p>SU: masyarakat eee...masyarakat senang dengan adanya jumentik. Karena mereka eek arena mereka ee merasa diperhatikan. Karena setiap hari mereka dipantau ke rumahnya, jadi ya cukup baik untuk program DBD tersebut.</p> <p>P: Apakah terdapat kendala ketika melakukan komunikasi kepada masyarakat? Dan bagaimana cara, dapatkah diceritakan bagaimana upaya pusk untuk mengatasi masalah itu? Bagaimana penerimaan mereka?</p> <p>SU: Kalau masalah penduduk lokal, kita sih tidak ada masalah karena seringkali intens kita bertemu, paling nggak yang ada di rumahnya itu sering kita ketemu. Jadinya mereka hafal dengan muka-muka Jumentik. Penduduk2 pendatang memang susah kita temui. Misalnya sekarang kita tidak ketemu, bisa eee besoknya tidak ketemu lagi tapi orangnya tidak ada, sorenya kita cari ke kosannya. Sore hari.</p> <p>P: Lalu bagaimana eee... Bapak melihat pandangan masyarakat terhadap dbd di wilayah kerja panjer?</p> <p>SU: Penanganan... kalau..kalau dilihat dari sekarang masyarakat sudah mulai peduli dengan dengan dengan kesehatannya sendiri karena mereka sudah tau kalau terkena dbd itu... kena dbd itu eee eee... sakitnya itu mereka karena lama di rumah sakit gitu. Karena sudah mulai tau sudah mulai tau apa itu dbd...</p> <p>P: Untuk pemahamannya sendiri di panjer itu seperti apa? Pemahaman dbdnya, tingkat pemahaman masyarakat terkait dbd ini?</p> <p>SU: Tingkat pemahaman masyarakat yaa sudah cukup baik karena mereka</p>	
---	---	--

	<p>sudah terbiasa. Alasannya itu sudah terbiasa mereka sudah mulai sudah mulai tahu apa itu dbd.</p> <p>P: Mungkin itu saja untuk pertanyaan di Panjer dan kecamatan lainnya terimakasih sudah melangkan waktu, mohon maaf mengganggu sebelumnya.</p>	
--	---	--



LAMPIRAN

Lampiran 1

Transcript verbatim

Hasil *depth-interview* 1

Tanggal : 20 Juni 2018

Waktu : 22 menit 25 detik

Keterangan:

P: Peneliti

K: Ni Made Mudi Kalmiani.

<i>Codes</i>	<i>Transcript</i>	<i>Keterangan</i>
	<p>P: Pertama tama saya ingin bertanya tentang biodata terlebih dahulu. Bisa dijelaskan nama,</p> <p>K: Nama saya Ni Made Mudi Kalmiani</p> <p>K: Nama saya Ni Made Mudi Kalmiani, bekerja di sini dari tahun 2007 kalo ga salah, 2007, bekerja sebagai koordinator Jumanantik di Denpasar Timur, Kecamatan Denpasar Timur. Kemudian pernah bertugas die e...beberapa desa di Kecamatan Denpasar Timur. Yaitu di desa Sumerta Kelod yang pertama, di sana 2 tahun. Kemudian di Dangri Kelod juga 2 tahun, kemudian di kelurahan Sumerta untuk saat ini sebagai koordinator Jumanantik juga menangani tentang DBD.</p> <p>P: Jadi saya ingin bertanya juga, dapatkah diceritakan tentang fungsi puskesmas bagi masyarakat</p> <p>K: Kalau fungsinya mungkin kalau yang lebih jelasnya yang di dalem ya...karena kita cuman membidangi dbd aja dan kebetulan tugas kita hanya ke lapangan dan mengumpulkan data-data yang terkait dengan dbd aja. Kalau mengenai fungsi puskesmasnya, yang saya tau, yang sebagian saya tau, ee membantu</p>	

	<p>masyarakat di sekitar untuk kel..ee.. kec. Denpasar Timur dan juga membidangi beberapa yah penyakit-penyakit terutama juga DBD dibantu, penyuluhan juga, Posyandu juga, itusih fungsinya yang saya tau dari Puskesmas nya.</p> <p>P: Untuk jumantik dan koordinatornya sendiri dapatkah dijelaskan fungsi dan tugasnya bg masyarakat?</p> <p>K: Untuk fungsinya, kalo jumantik, itu mencari data ke masyarkat. Jumantik itu kita punya di Denpasar Timur ada 46 jumantik dan kok 46 ya...43...43 jumantik, 6 koordinator. Disana masing-masing membawahi beberapa jumantik. Ada yang 10, ada yang 6 ada yang 7 ada yang 8. Karena kita masing-masing banjar ada 1 jumantik. Disana mereka mencari data sebanyak 30 KK per setiap harinya. Itu dikumpul ke kita, ke koordinatornya. Kita juga melakukan tugas sampling ke mereka, saling kroscek lah..</p> <p>P: Berarti ada 43 banjar ya?</p> <p>K: Iya 43 banjar, itu masing-masing banjar 1 orang jumantik yang mewilayahi.</p> <p>P: Di Puskesmas sendiri bagian yang bertanggungjawab untuk melakukan komunikasi potensi bahaya DBD itu di bagian mana?</p> <p>K: Karena kita punya supervisor juga, yaitu bu Suryas namanya, survellence itu sih yang membawahi P2.</p> <p>P: Berarti P2 ya namanya?</p> <p>K: Iya P2.</p> <p>P: Terkait dengan pertanyaan sebelumnya, bagian yang melakukan komunikasi risiko kan Jumantik, dapatkah dijelaskan atau diceritakan tentang tugas komunikasinya</p> <p>K: Tugasnya sih yang pertama mencari data 30 KK, kemudian mengecek jentik door to door kepada masyarakat, terus melakukan penyuluhan akan pentingnya penyakit dbd, terus ee... bagaimana</p>	
--	---	--

	<p>jika...pencegahannya bagaimana, melakukan PSN, itusih kita lakukan setiap hari selain juga membawa abate ngasi masyarkaat.</p> <p>P: Apakah terdapat kualifikasi khusus yang harus dimiliki petugas lapangan?</p> <p>K: Kita sih sebelumnya hanya latar belakangnay asli warga di sini, kemudian banjar yang di sana, karena kita kerjasama sama Kaling untuk yang Jumentiknya. Kalau untuk kita koordinatornya hanya dengan latar pendidikan yaitu harus SKM, atau D3 kesehatan lingkungan. Itu untuk koordinatornya. Itu langsung dari Dinas Kesehatan. Kemudian untuk jumentiknya diserahkan ke Kelurahan untuk mencari di masing-masing banjar.</p> <p>P: Bagaimana cara menyampaikan informasi kesehatan termasuk tentang risiko dbd kepada masyarkaat?</p> <p>K: Ya seperti tadi aja kita ngasi penyuluhan door to door.</p> <p>P: Penyuluhan door to door?</p> <p>K: Iya, setiap kita turun kita ngasi ke warganya, kalo memang kita temukan pas turun itu ada positif jentik, kan kita nyasar beberapa banyak banyak tempat-tempat yang sering positif misalkan bak mandi yang gitu-gitu, kalau misalkan kita temukan positif kita kasi penyuluhan yang lebih lengkap lagi.</p> <p>P: Dapatkah dijelaskan bentuk informasi apa saja yang disampaikan pada saat penyuluhan itu?</p> <p>K: Misalkan cara mencegah dbd bagaimana, kemudian risiko kalo terkena dbd bagaimana, kemudian fatal kan akibatnya, itu sih yang bisa kita sampaikan.</p> <p>P: Mungkin itu risikonya dapat dijelaskan Bu itu seperti apa?</p> <p>K: Risikonya satu, mungkin ya ke larinya kan kesana, satu jika kita sakit, kena DB gitu misalkan, kita kan tidak bisa kerja. Satu tidak bisa kerja, karena</p>	
--	--	--

	<p>mengawasi di rumah sakit, waktu juga terpotong, kemudian kalo dengan cara mencegah kita kan bisa menghindari, itu sih risiko yang tiang dapat sampaikan.</p> <p>P: Bagaimana...Apakah terdapat panduan khusus terkait cara komunikasi itu kepada masyarakat ke wilayah kerja?</p> <p>K: Ngga sih... kita cuman ada buku aja. Buku aja... Cuman per 3 bulan sekali kita mendapat refreshing mengenai dbd itu.</p> <p>P: Refreshing itu dapatkah dijelaskan tentang refreshing?</p> <p>K: Refreshing dijelaskan mengenai risiko risiko dbd aja, karena seputaran kita tugasnya hanya itu. Ngga ada lebih aja...kebetulan ndak ada tambahan dari Puskesmas biasanya mencari ibu hamil, mencari yang kena TBC, itu sih yang ditugaskan Puskesmas untuk kita...</p> <p>P: Oh tugas tambahannya ke...</p> <p>K: Mencari ibu hamil...</p> <p>P: Dan...</p> <p>K: Jika ada yang batuk-batuk bisa dirujuk ke Puskesmas. Kemudian penyakit-penyakit kayak malaria, kan di sini ngga ada yang suspect gitu. Itu sih yang kita tambahannya. Karena jumantik itu melatar belakangin menjadi nama kader kesehatan.</p> <p>P: Jumantik nake bagian kader kesehatan?</p> <p>K: Nggak, sudah berganti nama menjadi kader kesehatan. SK nya SK kita menjadi kader kesehatan, ada 3 tahun.</p> <p>P: Oooh...</p> <p>K: Jadinya informasi yang kita sampaikan itu ya ibu hamil, posyandu, yang seperti itu, apa yang menjadi tugas menjadi...menjadi perpanjangan tangan lah istilahnya untuk ke masyarakat. Karena puskesmas kan staff nya sedikit.</p> <p>P: Mungkin ee...selama ini pengalaman menjadi jumantik itu, bagaimana karakteristik dari masing-masing program ttg dbd itu? Misalnya PSN atau</p>	
--	--	--

	<p>program-program yang lainnya untuk mengurangi risiko terjangkit dbd?</p> <p>K: Kegiatan ya istilahnya ya? Kalau kegiatannya kita setiap satu minggu sekali, Hari Jumat dan hari Sabtu istilahnya ada sistim Gertak, Gerakan Serentak itu istilahnya. Kita masing-masing...kita ka nada 43 Jumantik, itu turun ke dalam satu desa. Kita ada 6 desa. Sumerta Kelod, Dangri Kelod, Sumerta, Sumerta Kaja, Sumerta Kauh. Itu kita punya 6 desa, jadi kita klop kan ke 43 itu ke dalam 1 desa dulu untuk Jumat Sabtu. Itu kegiatan yang pertama kita lakukan untuk...biar penanganan kasus lah istilahnya. Kemudian yang kedua larvasidasi, larvasidasi itu kita mengasih warga bubuk abate, agar setiap-setiap tempat yang tidak dapat dibersihkan itu diisi abate. Kemudian yang ketiga, setiap harinya, jika ada KK yang positif, kita sasar ke itu yang dulu. Sebelum menyasar KK yang sudah bersih gitu lah istilahnya. Jadinya, kita turun di satu banjar, kita kan di satu desa ada yang 6 ada yang 10 jumantik. Itu kita terapkan dulu. Yang positif kita sasar dulu agar kedepanya tidak ada yang positif lagi, karena kan yang membuat DBD itu jentiknya itu.</p> <p>P: Apa saja...bagaimana penerapan dari panduan komunikasi itu pada saat melakukan komunikasi kepada masyarakat</p> <p>K: Penerapannya...Mungkin dengan cara kita sendiri sih masing-masing Jumantik itu punya karakternya sendiri nggak sama kok. Misalnya Jumantik ini, dia menyampaikannya dengan cara "Mbok" dengan bahasa Bali lah istilahnya "De ngene...ngene..ngene" istilahnya. Ada juga yang pendekatannya secara formal, "Ibu jangan begini..begini..." itu sih yang mereka terapkan dengan caranya masing-masing agar warga nggak merasa bosan dengan</p>	
--	---	--

	<p>kita karena kita akan rutin setiap hari ke sana.</p> <p>P: Kalau ibu sendiri gimana?</p> <p>K: Kalaus saya sendiri kriterianya gitu, kan kita ke lapangannya juga kan udah ada Jumantik, kita ke lapangan cuman menegaskan kembali, "Ibu minta tolong kedepannya, kalau bisa lebih bersih lagi dan jangan ada kaleng-kaleng bekas atau atau tempat tempat yang kalau tergenang air aka nada ee.. jentik tempatnya" gitu sih yang bisa tiang sampaikan.</p> <p>P: Terkait dengan tadi dengan abate gitu, apakah abate memiliki risiko kesehatan?</p> <p>K: Sepanjang kita tahu, ngga ada sih, ngga ada . Masih baik-baik saja. Masih ramah lingkungan sih istilahnya. Ee.. kita digunakan di bak mandi juga bisa, digunakan gosok gigi juga bisa, masih ramah lingkungan. Kan udah ada standar kesehatannya dari Dinas Kesehatan, bukan kita sendiri.</p> <p>P: Untuk biasanya juga saya dengar, say abaca juga, di PSN ada 3M itu ada fogging khusus...</p> <p>K: Kebetulan untuk fogging, kemarin sih jika disini untuk Dentim I kalau ada kasus baru kita fogging. Kalau ngga ada kasus, ngga sih. Kalau foggin khusus itu biasanya rutin eee 6 bulan dari dinas kesehatan yang mugging, khusus ke kecamatan terus kemudian turn dia ke desa.</p> <p>P: Bagaimana caranya dari kader kesehatan atau jumantik ini, untuk menyampaikan risiko fogging itu kepada masyarakat?</p> <p>K: Mungkin kalo pada saat fogging, kalau terlanjur ada kasus di sekitar itu, kalo pas ada fogging, memberitahu, menghimbau dulu kepada masyarakat agar keluar dulu dari rumah kalo pada saat sudah ada fogging. Kalau ngga menghimbau kepada masyarakat, karena efek kesehatannya banyak. Bisa batuk, bahkan beracun itu sih...Nah makanya</p>	
--	---	--

	<p>kalau seandainya pada saat pengasapan itu ada dikasitau bahwa jam sekian ada fogging dari Dinas Kesehatan. Tapi dianjurkan untuk saat ini tidak ada fogging lagi. Karena kita sudah ada jumanantik, untuk pencegahan. Lebih lanjutnya untuk pencegahannya jadinya ke Jumanantik aja. Untuk tahun ini sama dua tahun lalu jarang ada fogging. Karena kasus...penekanan kasus sudah mulai bisa.</p> <p>P: Dapatkah diceritakan tentang karakteristik masyarakat di wilayah kerjanya?</p> <p>K: Macem macem sih karakteristiknya, ada yang nutup pintu, ada yang punya anjing galak, itu yang yang memang susah ya. Ada yang...walaupun sepanjang kita jalan...udah lama ya Jumanitik ini udah lama, ada juga warga-warga yang pendatang, pendatang, bukan asli warga di sini, mereka tidak tahu akan keberadaan Jumanantik. Kita bisa minta tolong kepada kepala desa, kepala lingkungan, karena kita dibawah juga desa lurah.</p> <p>P: Lalu apa yang dilakukan ketika mendapat kendala seperti itu?</p> <p>K: Itu dah, melapor kepada kepala lingkungan. Bahwa rumah ini ngga bisa kita cek bahwa rumah ini menolak untuk ktia cek. Karena itu biasanya warga-warga pendatang, kontrakan baru biasanya kan rumah dikontrak baru dia tinggal di sini. Itu sih biasanya yang kurang tau dia.</p> <p>P: Bagi ibu sendiri apa yang idealnya dilakukan masyarakat untuk menghindari risiko terjangkit dbd?</p> <p>K: Ya itu aja sih, PSN nya aja, sama mereka harus rutin juga. Karena di sekarang...untuk saat ini di Puskesmas I Denpasar Timur ini bahwa di gotong royong itu di ditingkatkan. Karena masing-masing desa lurah setiap hari Jumat ada kegiatan gotong royong.</p>	
--	---	--

	<p>Dihimbau kepada warganya agar juga gotong royong di sekitar rumahnya sendiri, walaupun dia hanya kontrak.</p> <p>P: Gotong royong?</p> <p>K: Iya gotong royon. Kerja bakti lah istilahnya. Tapi kadang-kadang itudah warga-warga pendatang yang ngga mau keluar dari rumahnya. Bahkan kita goar-goer di luar pada saat kegiatan itu mereka ndak keluar, sampapun banyak, yang menyebabkan nyamuk ada itu kan juga sampah, sama di selokan-selokan.</p> <p>P: Bagaimana cara nya dari Puskesmas untuk menyampaikan informasi kesehatan... menyampaikan informasi risiko dbd ini kepada masyarakat?</p> <p>K: Ada sih pamphlet, brosur itu ada. Kita beri ke kita tempel. Kayak itu stiker-stiker itu, kita tempel. Dan sekarangpun kita masih membuat stiker bagi yang warga yang tidak pernah positif jentik. Warga yang tidak pernah positif jentik.</p> <p>P: Warga yang tidak pernah positif jentik itu...maksudnya?</p> <p>K: Maksudnya setiap kita kan satu bulan itu bisa ke rumah warga itu 4-5 kali bisa seperti itu. Kita coba dengan catatan seperti itu bisa lebih menekan kasus daripada meningkatkan menekan kasus daripada yang sekarang, kita bikin stiker bahwa rumah itu tidak pernah positif jentik selama kita ngecek kesana. Itu sih programnya</p> <p>P: Stikernya itu dalam gimana ya maksudnya/? Bisa dijelaskna bagaimana</p> <p>K: Stikernya seperti itu, cuman rumah ini sudah tidak positif jentik lagi.</p> <p>K: Kayak stiker KB. Kalau ini kan sudah memakai KB sperti itu,</p> <p>P: Fungsi dari stiker itu bisa dijelaskan?</p> <p>K: Biar ada greget lah istilahnya, "Oh ada ini" biar gitu aja sih</p> <p>P: Kalau misalkan di rumahnya itu ada jentiknya, apakah juga ada stiker semacam itu?</p> <p>K: Ngga...bahwa rumah itu belum bebas</p>	
--	--	--

	<p>daripada jentik. Kita cuman ingin mengetahui rumah yang mana yang memang ...seberapa kali kita kesana tidak ada jentiknya. Berarti dia sudah bisa melakukan pencegahan itu, seperti PSN itu.</p> <p>P: Dapatkah diceritakan juga tentang bagaimana puskesmas ini melibatkan di proses komunikasi risiko dbd ini?</p> <p>K: Kita penyuluhan ibu Posyandu, kemudian sekolah-sekolah, PKK-PKK, PKK arisan, trus rapat, mungkin rapat rutin ee...banjar kita libatkan dengan cara penyuluhan juga di PSN. Kita pasti nyelipkan disana. Dulu pernah kita lakukan di pasar juga. Bahwa mencegah lebih baik, itu sih yang kita terapkan. Karena kita juga ngga ada dana, maka kita selipkan di PKK arisan, di warga-warga, setiap ada warga ngumpul lah kita selipkan disana istilahnya.</p> <p>P: Dapatkah diceritakan tentang pengalamannya di PKK arisan kah?</p> <p>K: Pengalamannya sih satu ya mereka ngga paham, ngga paham. Kalau yang sering mengikuti ya paham. Kemudian yang kedua mungkin jenuh, jenuhnya kan cepet-cepet mereka pingin. Kemudian, sedikit yang datang. Dan kemudian, pas demo, pas demo mungkin kita juga selipkan, ada demo demo masak, kita selipkan mengenai dbd juga begitu,</p> <p>P: Apa saja kendala yang dialami oleh petugas atau jumantik ini, pada saat mengomunikasikan risiko dbd kp msy di wilayah kerja?</p> <p>K: Kendala kalau pada saat ibu PKK kumpul itu kan mereka sedikit yang datang, jadi informasi kan sedikit eee...tidak semua jadinya tercover ke warganya. Diperkirakan semua datang...ngga bisa dateng...ada seperempatnya yang dateng. Kemudian untuk kendala di lapangan sih suka dukanya banyak. Seperti itu sih, pertama</p>	
--	---	--

	<p>kita di tutupin pintu, kemudian anjing, kehujanan, itu sih risikonya banyak sekali. Kemudian juga riskan juga kita yang kena kan, kita harus dilengkapi juga dengan alat-alat kerja kan spt itu. Tapi kalau sekarang sih udah ada topi, ada masker, ada tas sudah semua.</p> <p>P: Bagaimana ibu memandang persepsi masyarakat terkait dbd?</p> <p>K: Untuk saat ini karena kita sudah lama jadi jumentik, dan jadi koordinator disini, mereka sih sudah paham ya tentang dbd cuman mereka belum bisa 100% untuk melakukan kegiatan PSN nya itu. Satu alasannya karena mereka sibuk, ngga mungkin cuman itu, dan bahkan kita ada kegiatan Jumentik Mandiri itu istilahnya. Ada itu udah deklarasi lo itu , deklarasi ee...walikota juga turun menghimbau, bahwa, bahwa disana itu jumentik mandiri istilahnya.</p> <p>P: Untuk promosi jumentik mandiri ini seperti apa ya?</p> <p>K: Satu orang satu rumah satu orang jumentik istilahnya. Dalam satu rumah itu ada yang bertanggung jawab untuk membersihkan atau PSNnya itu. Misalkan kepala keluarga, atau ibunya yang sering tinggal di rumah. Jadinya jumentiknya mengkroscek ke ibunya itu aja. Juga mengisi kartu merahnya caranya itu. Itu sih kegiatannya kita. Kalau untuk di kelurahan sumerta baru satu baru satu bajar aja yang bisa seperti itu, karena juga terkait dana juga. Ngga bisa kita untuk kegiatan itu, kita harus mengundang warga, sekian warga harus dateng ke banjar kan cuman member informasi aja kan mereka ngga mau dateng. Ada kegiatana apa kita harus beri apa gitu baru merek mau.</p> <p>P: Pemilihan jumentik mandiri ini apakah door to door juga atau</p> <p>K: Ya kita yang menyaring. Jumentiknya yang berperan disana untuk menyaring. Umpamanya kepala keluarganya si A,</p>	
--	---	--

	<p>kepala keluarganya itu sibuk, yang bertugas untuk bersih-bersih siapa? Ibunnya? Ya ibunya kita anggep sebagai jumentik mandiri. Untuk minggu kedepannya setelah kita kroscek sudahkah mereka melakukan PSNnya itu dengan ibunya itu. Itu sih..</p> <p>P: Bagaimana pemahaman masyarakat di wilayah kerja terkait dbd?</p> <p>K: Untuk masyarakat di sini sih sekitar sini sudah rata2 paham, kecuali tadisih yang sudah saya bilang, warga2 pendatang, misalkan daerahnya timur gitu, mereka kan ga paham dan jarang keluar, itu aja sih yang kurang. Kalau warga asli ini kan mereka sudah pada keluar sudah tau keberadaan kita dan bahkan informasinya bukan dari kita aja dari lurah juga ada. Karena yang menjadi jumentik di sini sudah akrab istilahna mereka karena asli di sini juga</p> <p>P: Lalu apakah ada evaluasi program juga dari jumentik?</p> <p>K: Ada, kita evaluasi dinas satu kali untuk tahun ini. Dulu sih 4x dalam setahun kita di evaluasi. Kemudian dari Puskesmas kita dievaluasi 2x dalam setaun. Dievaluasinya bagaimana kegiatan kita, kedepannya bagaimana, itupun mengundang dinas, camat, semua datang.</p> <p>P: Indikatornya itu seperti apa ya bu?</p> <p>K: Misalkan kita menampilkan hasil yang kita sampaikan bahwa tahun ini kita kan dari sebelum ada jumentik sampe adanya jumentik berapa % sih ada bisa kita tekan kasusnya, ada ga perubahan yang terjadi</p> <p>P: Berarti kasus nya ya?</p> <p>K: Iya kasus. Kita berpatokan kasus dan kematian. Kan kasus penyakit, kena dbd. Kemudian mati karena db. Itu yang kita...</p> <p>P: Saya boleh lihat stikernya?</p> <p>K: Oh kebetulan belum jadi stikernya, ini masih tahap itu yang direncanakan</p>	
--	---	--

	<p>untuk tahun ini dari Dentim I. Karena ini dari Puskesmas bukan dari Dinasnya. Itu semacam kegiatan untuk menekan kasus.</p> <p>P: Berarti masih direncanakan?</p> <p>K: Iya..Sudah ada, masih dibikin, belum dibagikan ke kita. Dibikin...</p> <p>P: Mungkin itu dulu untuk saat ini apabila nanti saya ada pertanyaan lagi apa boleh minta kontak nya ibu?</p> <p>K: Oh boleh, saya lupa nomor kontak saya</p> <p>K: 08xxxxxxxxxx</p> <p>P: Mungkin nanti saya minta ijin juga untuk menaruh nama ibu juga tidak apa-apa?</p> <p>K: Ngga apa-apa</p> <p>P: Terimakasih bu atas waktunya</p> <p>K: Berarti dari malang kesini gitu?</p> <p>P: Saya memang asli sini, tapi kuliah di malang. Kebetulan ngambil skripsinya di sini, untuk magang dan libur semester.</p>	
--	---	--

LAMPIRAN

Lampiran 1

Transcript verbatim

Hasil *depth-interview* 1

Tanggal : 20 Juni 2018

Waktu : 28 menit 50 detik

Keterangan:

P: Peneliti

V: Cokorda Istri Vera Purledi

<i>Codes</i>	<i>Transcript</i>	<i>Keterangan</i>
Fungsi promkes bagi masyarakat	<p>P: Selamat pagi, untuk pertanyaan pertamanya saya mungkin bisa minta tolong dijelaskan untuk biodatanya terlebih dahulu? Untuk nama, tempat tanggal lahir, jabatan/departemennya dan lama bekerja...bisa dijelaskan?</p> <p>V: Nama saya Cokorda Istri Vera Purledi, saya lulusan...lulusan maksudnya?</p> <p>P: Tempat tanggal lahirnya</p> <p>V: oh tempat tanggal lahirnya, di Gianyar 18 Mei 1994.</p> <p>P: Departemen saat ini?</p> <p>V: Departemen saat ini Promkes, di Promosi Kesehatan di Puskesmas I Denpasar Timur.</p> <p>P: Lama bekerjanya?</p> <p>V: Lama bekerjanya kurang lebih 2 bulan ya, kurang lebih 2 bulan karena saya baru direkrut April kemarin</p> <p>P: ee... terkait dengan komunikasi organisasi kesehatannya, dapatkah diceritakan tentang fungsi Puskesmas bagi masyarakat?</p> <p>V: Fungsi puskesmas nah, di sini fungsi prom promkes, ya ... Di Puskesmas Promkes itu merupakan garda terdepatn, garda utama di Puskesmas. Di situ, kita kayak line yang terdepan bagaimana kita</p>	

<p>SDM Organisasi untuk Komunikasi risiko kesehatan</p>	<p>mengkomunikasikan kepada masyarakat, baik itu programnya kita, baik kegiatan, maupun intervensi kita di masyarakat. Jadi promkes itu masuk ke semua program, hampir semua program kita masuk, kerjasama, gitu...</p> <p>P: Jadi Puskesmas ini bagian apa/siapa yang bertanggung jawab melakukan penyampaian informasi tentang kesehatan, atau risiko kesehatan seperti itu.</p>	
<p>Tugas dan fungsi Promkes</p>	<p>V: Kalau misalnya dibidang siapa yang berhak menyampaikan, ya semuanya berhak menyampaikan. Tetapi, mungkin karena apa... mm... mungkin karena Promkes garda terdepan mungkin kami yang mensosialisasikan gitu....</p> <p>P: Dapatkah diceritakan fungsi dari Promkes itu? Tugas dan fungsinya</p> <p>V: Tugas dan fungsi promkes itu selain kita tugas utamanya promosi kesehatan, kita mempromosikan apa program kita dari puskesmas, mempromosikan apa yang dibuat dari pemerintah, maksudnya kementerian, ada program baru dari Pak Jokowi, atau gimana, kita sampaikan kepada masyarakat, kita informasikan terus kita laksanakan. Baru nanti tim timnya yang turun. Misalnya yang digalakkan sama Pak Jokowi itu kan JE, JE itu kita promosikan dulu ke masyarakat, bahwa vaksin JE ini tidak membahayakan, malah itu penting untuk anak-anak. Nanti tim yang akan turun untuk gininya...untuk intervensinya...melakukan penyuntikan gitu-gitu. Sama kayak stunting sekarang lagi digencar-gencarin banget sama masyarakat e sama pak Jokowi. Jadi kita terus komunikasikan stunting itu di gitu di sini sama pemasangan leaflet, leaflet, gitu, sama di mading-mading diisi juga, gitu....</p>	
<p>SDM komunikasi DBD Terkait risiko</p>	<p>P: Terkait dengan pertanyaan sebelumnya, bagian yang melakukan komunikasi tentang risiko demam</p>	

Tim Survei PHBS

berdarah biasanya siapa dan dapatkah diceritakan tugas dan fungsinya seperti itu?

V: Kalo yang terkait dbd ka nada pemegang program DBD Bu Suryas kayak yang kamu tau, itu juga beliau dibantu oleh Jumantik-jumantik untuk ngecek setiap harinya, ada Jumantiknya sudah sempet wawancara?

P: Jumantiknya juga belum karena belum bertemu

V: Belum dapat izin ya... iya, jadi dari Bu Suryas kita bantunya promosi kesehatan aja sih baik di luar gedung maupun di dalam gedung mau ke SD seperti itu...Jadi program kita semuanya saling terkait, gitu...Misalnya kayak PHBS itu berapa program sebenarnya kita bisa ambil dari Kesling, kan ada jamban sehat dari Kesling kita kerjasama juga, dari pemberantasan jentik nyamuk dari program dbdnya juga kita kerjasama.

P: Tadi terkait yang e...turun ke lapangan seperti itu, bagaimana kinerja petugas yang ber...bekerja di lapangan seperti itu?

V: Kalau kinerja, kinerja maksudnya bagaimana kita bentuk tim gitu? Ya... misalnya kayak survey PHBS ini kita ada timnya juga. Timnya misalnya saya dari promkes, kita kasi ke Darbin...Darbin itu kayak yang memegang satu banjar. Apa ya kepanjangan Darbin saya lupa juga...nanti saya tanyain ya...Jadi setiap orang di sini, memegang 1 banjar. Kayak dia yang membina, membina banjar tsb. Jadi kalo ada Posyandu, dia turun...nanti kalo misalnya ada penyuluhan bulan ini, kita ada penyuluhan dbd, nanti kita kasitau ke darbinnya itu...kita jelaskan dulu bahwa kita bakalan penyuluhan dbd, kita kasi materinya, kita kasi daftar hadirnya nanti beliau yang penyuluhan di posyandu tersebut, yang dateng-dateng posyandu. Jadi gitu sih...penyampainnya...maksudnya kalau

<p>Persyaratan SDM</p>	<p>kita menjangkau semuanya menjangkau sekolah belum bisa jadi kita minta tolong sama darbinnya, darbinnya yang menyampaikan. Jadi tiap bulan itu kita udah ngelist dek, ee... Posyandu ini bulan Januari...bulan Januari kita ee.. mau penyuluhan apa? DBD...bulan februari apa? Gizi...terus HIV gitu-gitu udah di list semua sampe akhir gitu...Jadi gitu sih caranya kita komunikasinya.. Hmm...</p> <p>P: Apakah terdapat kualifikasi gitu untuk petugas lapangan gitu?</p> <p>V: Kualifikasi...maksudnya kayak</p> <p>P: Persyaratan atau kualifikasi gitu/</p> <p>V: Kalo tenaga kesehatan? Oke... kita mulai dari kader ya yang paling bawah...yang dari banjar. Kader itu setiap tahun kita ada penyegaran kader. Penyegarann kader kita berikan dia informasi seperti. Penyegaran kader sebentar... ni penyegaran kader. Penyegaran kader posyandu, na untuk darbin darbin nya sendiri kita juga punya penyegaran posyandu untuk petugas kesehatan, jadi setiap tahun kita punya 1x kegiatan seperti itu...gitu... Jadi itu mungkin kadernya direkrut oleh gininya deh...e... entah itu Kaling/Kadusnya. Ada beberapa yang mungkin 10 atau 5...kadernya setiap banjar.</p> <p>P: Ada prasyarat gitu untuk menjdi seorang kader?</p> <p>V: Mm... kalo yang dari Puskesmas kayaknya dia mengikuti pelatihan nya itu penyegarannya itu sih. Kalo perekrutan dari gininya...dari dari...banjarnya itu kurang tau juga. Apakah beliaunya yang bersedia dulu, yang memang sukarela pengen terjun ke masyarakat, atau memang ininya... Kaling/Kadusnya....</p> <p>P: Saya ingin bertanya juga tentang bagaimana cara menyampaikan informasi kesehatan termasuk informasi tentang risiko kesehatan khususnya tentang rsiko dbd.</p> <p>V: Bagaimana caranya...bagaimana cara</p>	
<p>Cara komunikasi risiko terjangkau dbd</p>		

	<p>kita menginformasikan nah..dari Promkes itu seperti yang saya bilang tadi itu kita ada 2 kan penyuluhan...dalam gedung dan luar gedung. Nah dalam gedung itu sendiri itu ada penyuluhan langsung dan tidak langsung. Nah langsungnya sendiri kita penyuluhan kepada pasien dan pengantar pasien. Sambil dia nunggu waktu juga kan. Kalau penyuluhan tidak langsungnya kita pasang leaflet, kita pasang brosur, trus di papan pengumuman juga ada, terus pemutaran DVD gitu. Kalau penyuluhan di luar itu, kita semuanya sih ke sekolah-sekolah, ke banjar juga, karena ke banjar itu kan masuk ke Posyandunya juga. Kita sampaikan materi nya... karena dbd itu kan nggak Cuma pemegang program dbd aja, ternyata di PHBS juga ada... gitu sih...</p> <p>P: Lalu apakah ada panduan khusus terkait komunikasi seperti itu tentang riisko kesehatan...</p> <p>V: Ada..ada...ini...pedoman promosi kesehatan penyuluhan di luar gedung...di luar gedungnya juga ada...kalau mau lihat boleh...ada pedomannya. Kami punya pedomannya disini</p> <p>P: Secara umum, kira-kira pedomannya itu seperti apa ya? Maksudnya seperti apa secara umum pedomannya itu?</p> <p>V: Hmm.. sebentar... oh... jadi kita itu kan kalau buat suatu kegiatan, suatu program itu kan berpatokan dari adanya maslaah, sama dari program terbaru dari pemerintah kita turun, kita buat target capaiannya gimana. Kayak gitu sih...</p> <p>P: Masalah, lalu ada target, dan capaianya ...</p> <p>V: Hmm..soalnya kita pasti ada..misalnya kayak gini kita punya target sasaran capainnya berapa...seperti itu. Nah dasarnya ini kan, kalo di desa nih kita punya masalah, kita mengadakan namanya survey mawas diri yang diadakan satu tahun sekali di desa</p>	
--	--	--

	<p>kelurahan. Kalau tahun lalu kita punya 6 desa, keenam-enamnya di survey. Nah kalau sekarang cumin 2 desa aja. Untuk berikutnya 2 desa...Nah disitu kita menyebarkan kuesioner tentang maslahe kesehatan yang ada di masyarkat. Kita sebar kan kuesioner, itu disampel, disampel kan. Terus kita sebar kan, kita dapet masalahnya, terus setelah itu SMD Survei Mawas Diri namanya. Terus setelah kita dapet masalahnya, kita ada MMD namanya, musyawarah masyarkat desa. Ni ada...ni... kita sosialisasikan dulu SMDnya bahwa kita akan menyebarkan kuesioner, nanti tolong kerjasama dari masyarkat, nanti kita lakukan SMD survey mawas diri kita nyebarin kuesioner, terus setelah kita dapet hasil, kita analisis, kita lakukan namanya MMD musyawarah masyarakt desa. Nah disitu tuh ada tokoh masyarakat, ada desa lurahnya ada kaling-kalingnya juga disitu, sama masyarakat umum juga. Tapi masyarkat umumnya mungkin secara sampel juga ada. Jumantik juga ada disitu..disitu hadir semuanya. Disitu kita sampaikan bahwa ditemukan permasalahan di desa ini apa aja...disitu dah kayak waktu ini, baru baru ini ada MMD masalahnya ada septic tank. Nah itu nanti kepala desannya gimana, apakah mungkin ada anggaran disitu atau bagaimana, kayak gitu. Terus penyusunan dasar, ini RPK namanya, rencana pelaksanaan kegiatan disusunnya dari SMD, survey-survei, dari masalah program-program yang tidak tercapai, tersusunlah ini RPK, rencana kegiatan..ee.. pelaksanaan kegiatan.</p> <p>P: Untuk penerapan panduan tersebut seperti apa ya di masyarakat.</p> <p>V: Penerapan maksudnya?</p> <p>P: Bagaimana penerapan panduan ini yang disebutkan tadi di masyarakat. Apakah terdapat perbedaan...ee... apakah pakem seperti itu atau ada</p>	
--	---	--

	<p>penyesuaiannya...atau bagaimana?</p> <p>V: Mm....kalau panduan...gini sih, kayak gini sih. Yang aku tau ya kalo itu ya memang kayak gitu. Misalnya ada masalah, terus kalo ada program wajib yang harus kita kerjakan, kita turun ke lapangan, terus ada intervensi terus kita laporkan. Terus kita laporan juga ke dinas pertanggungjawaban gitu.</p> <p>P: Untuk program yang dilakukan untuk memberikan informasi terkait DBD itu apa saja? Dapatkah diceritakan?</p> <p>V: Kalau dari promkes itu pemasangan leaflet, pemutaran sama promosi² ke sekolah, banjar, sama penyuluhan dalam gedung.</p> <p>P: Bagaimana karakteristik dari program yang telah disebutkan seperti itu?</p> <p>V: Karakteristik dari program nah...kita lebih...kalau saya sendiri ya kalau saya melakukan penyuluhan itu kayak gini...saya lebih membahas mengenai mitos dan fakta di masyarakat kayak gimana. Mitos dan fakta di masyarakat, terus kebiasaan-kebiasaan yang dari dulu salah gitu tuh. Kitabahas itu. Biasanya saya gitu. Karena kan orang-orang lebih tertarik kalo kayak gitu, kalo menurut saya. Kayak gitu. Kan setiap orang punya gini...punya masing-masing untuk melakukan penyuluhan. Kalo saya tu lebih kayak gitu. “Ibu bener gak” kalo misalnya nih...kayak gini “Boleh gak kita ngasi pisang ke yang umur 3 bulan?” “Bener atau salah”...ibunya bilang “Bener...”, “Salah... karena ASI eksklusif dari 0-6 bulan. Setelah 6 bulan baru boleh dikasi” kayak gitu-gitu kan jadinya ada “Ooh...ternyata ga boleh” daripada kita monotone ceramah misalnya “Ibu-ibu DBD itu adalah ini ini...” jadinya kayak garing gitu jadinya. Sama kalo di promkes, kita punya trik-trik nya sendiri di masyarkat. Kita punya jargon jargon sendiri, apalagi kalo untuk lansia kan pasti lama mikir “apa sih</p>	
--	---	--

	<p>ni...". Kita punya jargon jargon sendiri membuat dia semangat dan tertarik untuk mendengarkan kita begitu.</p> <p>P: Apakah ada tentang dbd itu untuk dbd?</p> <p>V: Ada</p> <p>P: Yang seperti itu juga?</p> <p>V: Iya, yang dbd kan dia masuk di PHBS juga kan, iya untuk di dalam gedung juga ada, ada sih...</p> <p>P: Dapat diceritakan tentang paada saat mengkomunikasikan tentang dbd itu?</p> <p>V: Mm... gimana maksudnya menceritakan?</p> <p>P: Menceritakan tentang pengalamannya kakak</p> <p>V: Kalau saya sendiri, saya belum sih sempet karena baru dua bulan itu saya baru dapet PHBS, ASI Eksklusif sama makanan tambahan. Kalau DBDnya belum saya gini sih...gininya...belum pernah saya giniin...cumin mungkin baru pemutaran videonya. Berarti bulan berapa ya itu ya...bulan 8.</p> <p>P: Oh...</p> <p>V: Hm...nanti maunya saya tambah lagi maunya lebih intens lagi penyuluhan untuk gininya apanamanya tu...pengunjung. Maunya aa...rencananya satu bulan itu 8x untuk penyuluhan ke pengunjung. Gini kita kan punya rawat inap di gedung sebelah, terus rawat jalannya di sini. Ya.. maunya kita lebih intens lagi,</p> <p>P: Dapatkah diceritakan tentang karakteristik masyarakat di wilayah kerja Denpasar Timur ini?</p> <p>V: MM... karakteristiknya...e...gini ya dari segi umurnya lebih banyak yang mana?</p> <p>V: Kalau yang spesifiknya sih saya belum tau banget ya, tapi banyakan kan kalo di Denpasar itu pendatang ya. Banyakan pendatang sih, jadi kita itu...jadi kesulitan dari kita itu untuk mengumpulkan masyarkatnya, banyak yang bekerja juga kan, banyak yang</p>	
--	---	--

	<p>swasta gitu, susah. Kalau untuk yang penyuluhan ke banjar biasanya kita ambilnya saat arisan, saat arisan. Terus kita ada juga penyuluhan tradisional. Penyuluhan tradisional itu kita ada tuh ada bondres gitu kan. Bondres itu kita minta tolong selipin dong materinya ini...Nah kayak gitu, media tradisional. Eee.... Kayak gitu.</p> <p>P: Untuk di bondres itu...</p> <p>V: Kalau kita punya, ngga sih mungkin ada kenalan-kenalan kalo Mbok Manik itu yang di promkes misalnya dia punya kenalan gitu, misalnya bisa gak...pas dia mau tampil gitu. Hmm... gitu sih. Susahnya kayak Posyandu itu, eee dia karena pagi-pagi sibuk kerja. Maunya kita ngintervensi ibunya, yang datang nganter kan neneknya gitu lo. Mungkin menantunya juga gak percaya sama neneknya jadi kan agak gimana ya...</p> <p>P: Untuk ee... ada gak budaya setempat atau bahasa yang digunakan kendala seperti itu larangan wilayah...</p> <p>V: Nggak sih kalau di Denpasar ya mungkin masyarakat nya udah gini, udah begitu lah...masyarakatnya lebih...lebih nggak primitif banget. Maksudnya kalo bahasa...kita bisa pake bahasa Indonesia kalo di Denpasar. Itu yang penting menyesuaikan aja kita datengnya ke mana. Kalo arisan itu biasanya kan banjar, pake kamen kita menyesuaikan gitu-gitu.</p> <p>P: Bagi kakak sendiri apa yang idealnya dilakukan untuk menghadapi risiko DBD?</p> <p>V: Idelanya yang dapat dilaksanakan yang pertama menjaga kebersihan lingkungan pertama ya...karena kan kayak ngecek jentik itu kan bukan cuman tugas jumantik aja tapi juga kesadaran diri kita sendiri, gitu...kayak gitu. Terus juga, perbanyaklah mendapatkan informasi tentang DBD karena kan demam 3 hari dibiarkan aja besok aja</p>	
--	--	--

	<p>sembuh, besok aja sembuh, kayak gitu-gitu takutnya nanti kan telat penanganannya, seperti itu.</p> <p>P: Lalu seperti apa peran Puskesmas dalam melibatkan masyarakat di wilayah kerja dalam komunikasi...</p> <p>V: Kalau puskesmas itu dia kayak ujung tombak pertamanya di gini ya...di kesehatan. Karena kita yang berhadapan langsung dengan masyarakat kita pertama kali kayak penyalur informasi seperti itu, kita yang pertama Puskesmas. Sebagai garda terdepannya bidang kesehatan ya Puskesmas... gitu yang pertama kali.</p> <p>P: Seberapa...Keterlibatan masyarakat itu seberapa besar? Dapa diceritakan masyarakat dalam program-programnya?</p> <p>V: Keterlibatan masyarakat ya semua hampir sasaran ya semuanya masyarakat jadi peran serta masyarakatnya sangat-sangat penting gitu. Dan juga keterlibatannya, ya adasih masyarakat yang ngga gini ya...apa namanya tuh yang kalo kita ngadain penyuluhan susah datang...yang kayak gitu sih gininya apanya...hambatannya kita...</p> <p>P: Berarti keterlibatannya itu, untuk mendengar itu berkumpul dalam satu...</p> <p>V: Oh dia kayak gini "Aduh, penyuluhan aja" itu masih melekat ada lah yang seperit itu. Makanya rencana tindak lanjutnya, strategi kita, kita nyari kapan ya waktunya berkumpul, kita yang akan datang. Ataupun mungkin mereka minta pembicara, kita yang datang kesitu gitu...makanya kita nyarinya pas arisan biar mereka gak 2x datang kesitu gitu loh. Jadinya kita dompleng lah disitu. Kalo ga gitu kan susah ya. Beda kalo kita ke sekolah. Dia memang sudah ada di situ, kita tinggal bersurat, dikasi ijin, kita datang, kita penyuluhan. Kalau ke masyarakat itu agak susah sih sedikit, untuk ngumpulannya yang susah, gitu.</p> <p>P: Bagaimana masyarakat itu menanggapi program komunikasi risiko kesehatan</p>	
--	---	--

	<p>yang telah dilakukan puskesmas termasuk dbd?</p> <p>V: Kita rencananya mau bikin kayak umpan balik feedback kita mau bikin pre sama post tes. Nah disana kita bisa lihat apakah setelah kita intervensi, kita kasi penyuluhan dia bisa menjawab pertanyaan, bertambah lah pengetahuannya. Maunya kita bikin kayak gitu feedbacknya. Tapi selama ini sebagai bukti kan kita Cuma daftar hadir saja, apakah tapi dia mendengarkan atau tidak, ya belum tau. Tapi akan kita terapkan pre-post test nya setiap kita penyuluhan maunya.</p> <p>P: Ini khusus untuk di puskesmas ini kah atau...bagaimana untuk pre dan post test</p> <p>V: Kapan kita melakukan penyuluhan kapan kita melakukan intervensi kita kasi pre post test.</p> <p>P: Maksudnya apakah upaya tesebut dilakukan di seluruh puskesmas di denpasar...</p> <p>V: kalau di puskesmas lain ada, udah diterapkan...baik kita baru mau ngerintis lagi...gimana sih kurangnya kita...kayak gitu masih..</p> <p>P: Kalau kendala tadi disebutkan untuk masyarakat pendatang seperti itu...</p> <p>V: Tapi kadang-kadang masyarkat pendatang di satu desa itu rajin lo dia dek...</p> <p>V: Lebih rajin dari masyarkat ininya... ya jadinya sama sama kesadaran masyarkat aja. Gak peduli dia pendatang maupun enggaknya. Gitu.</p> <p>P: Apakah terdapat permasalahan lain, atau masalaha apapun pada saat mengomunikasikan risiko kesehatan sperti risiko dbd pada masyarakat tesebtu?</p> <p>V: Gini juga sih...kan kita kalo Promkesnya, ada yang pelayanan juga. Mungkin terbentur kita harus ada di pelayanan...ada juga die e terjun langsung di masyarakat. Sekarang maunya...dulu kan berdua nih</p>	
--	--	--

	<p>Promkesnya, satu yang bidan, satu yang SKM yang promkes direkrut, maksudnya terhalang lah harus pelayanan dulu. Tapi karena saya baru direkrut juga jadinya baru juga mulai gini...giniin juga...gini bisa pure turun ke masyarakat gitu. Masih-masih gituin.</p> <p>P: Berarti...</p> <p>V: Kendala nya ya kendala tenaga kesehatan. heeh...tenaga kesehatan. tenaga sih ya... kita punya berapa SD ya...5 ya lupa saya...saya punya kok catetannya, kita ngelistnya. Nah setiap banjar kita punya penanggung jawabnya nah nanti kita ada koordinator SD siapa yang pegang, TK ini siapa yang pegang sampe SMA kayak gitu. Kalo di puskesmas lain, kalo saya tanya temen-temen saya dia yang ngambil posyandunya...gitu. Gitu, jadi kayak kita tuh ada di sini, kalo mau difoto boleh difoto.</p> <p>P: Mungkin nanti saya foto sehabis wawancara</p> <p>V: Iya boleh</p> <p>P: Saya mau tanya juga, bagaimana kk melihat persepsi masyarakat terkait penyakit dbd</p> <p>V: Kalau persepsi...kalau sekarang ya di Denpasar itu masyarkaatnya jgua sudah mulai aware ya, kalo demam 3 hari aja langsung dah cek lab. Yang kayak gitu sih dia sudah tau.</p> <p>P: Pemahaman... berarti apakah terdapat kayak anggapan yang...</p> <p>V: Salah gitu maksudnya? Anggapan salah tentang dbd mungkin apa ya..sebentar...ee...nggak salah sih ya...gini misalnya kan kalo di kayak tirta tu kan terbuka dibiarkan berhari-hari. Tapi sekarang udah ditutup sih, yang kendi2 tu pasti ditutup sekarang. Kayak gitu sih yang tak lihatudah ditutup. Kan sudah ada yang membuat kendi yang langsung isi tutup kayak gitu-gitu kan biasanya diem di sanggah atau merajan</p>	
--	---	--

	<p>dibiarkan terbuka. Sekarang udah ditutup deh. Kalau anggapan yang salah nggak juga sih...</p> <p>P: Apakah terdapat evaluasi terhadap program program yang telah dilakukan? Indikatornya maupun capaiannya khususnya pada program yang risiko dbd</p> <p>V: Kalau evaluasinya mungkin nanti bisa ke Bu Suryasihnya langsung karena dia kan pemegang nya nanti dia yang nentuin target, sasarannya, apakah sudah terpenuhi semuanya kayak gitu-gitu. Kalau setau saya ya kebetulan saya juga mengambil kinerja jumatik waktu skripsi itu kan kinerja jumatik juga bisa dilihat bisa dihitung dari ABJ Angka bebas jentiknya dia kan. Angka bebas jentik itu ada sih laporannya di Dinas... sebenarnya dilemma sih menurut saya ya. Kalau ABJ nya tinggi, berarti jumatiknya bener-bener kerja karena bener-bener menghitung. Kalau dia rendah dikira nanti jumatiknya asal-asalan bikinnya, gitu sih dilemanya kalau kinerja nya.</p> <p>P: Kendala kinerjanya...</p> <p>V: Hmm iya...</p> <p>P: Mungkin itu saja dulu untuk wawancara ini. Apabila ada pertanyaan lagi saya kontak...</p> <p>V: Ya mungkin nanti bisa sama temenku yang lain... kita di promkes ada bertiga ada mb manic ada mb ulan. Mb maniknya kebetulan lagi posyandu dia, kalo mb ulannya lagi pelayanan. Kalau mau wawancara boleh nanti minta tolong sama UNik. Kalo mb manic kan dia masih backup dia sampe tahun ssekarang. Dia yang promkesnya terdahulu, seniornya lah... gitu memang tau lah...</p> <p>P: Untuk kontak nya sendiri boleh..</p>	
--	---	--

LAMPIRAN

Lampiran 1

Transcript verbatim

Hasil *depth-interview* 1

Tanggal : 3 Agustus 2018

Waktu :

Keterangan:

P: Peneliti

TI: Tiara

<i>Codes</i>	<i>Transcript</i>	Keterangan
	<p>P: Sebelumnya saya kenalan dulu, saya Kharisma saya mahasiswa UNiverstias Brawijaya di jurusan ilmu komunikasi topic tentang skripsi saya ini komunikasi risiko kesehatan. Jadi saya fokus ke risiko terjangkit DBD. Nanti mungkin saya ijin untuk informan yang sudah saya wawancarai untuk dicantumkan di laporan skripsi. Mungkin saya minta namanya, TTL, lalu lama bekerja di Pusk Dentim dan jabatannya...</p> <p>TI: Ya, nama saya Dewa Ayu Tiara Dewi. TTL saya Pengosekan, 22 Maret 1993. Saya sudah menikah, terus saya anak satu perempuan, saya sudah bekerja di sini hampir 4 tahun lebih ya. Jabatannya sebagai koordinator Jumantik pemegang Desa Sumerta Kelod.</p> <p>P: Saya mau tanya dulu pertama tentang peran puskesmas disini sebagai organisasi kesehatan. Yang pertama dapatkah diceritakan tentang fungsi Puskesmas bagi masyarakat? Di wilayah kerja</p> <p>TI: Kalau fungsi puskesmas di wilayah kerja itu kan kalo dari saya sendiri Puskesmas itu sangat membantu ya. Ada fasilitasnya sekarang sudah lengkap seperti di Denpasar ini...tidak seperti</p>	

	<p>daerah-daerah lain. Apa-apa sekarang pasti rujukannya di puskesmas. Seperti itu...</p> <p>P: Di puskesmas ini bagian apa yang bertugas untuk menyampaikan informasi risiko penyakit?</p> <p>TI: Kalo di dalem itu bagian eee...SKMnya ya...Promkesnya iya...</p> <p>P: Kalo misalkan jumantik sendiri gimana ?</p> <p>TI: Kalo jumantik sendiri, kadang-kadang disuru kalo ada kayak stiker nya ini lo, mohon dibagikan...Kalo ada misalnya kayak imunisasi jumantik bisa langsung ke masyarakat...mengarahkan adanya posyandu...kayak gitu</p> <p>P: Bisa dibilang kalau jumantik ini perpanjangan tangan dari puskesmas untuk ke masyarakat?</p> <p>TI: He-eh...</p> <p>P: Terkait dengan pertanyaan itu, bagian yang melakukan penyampaian informasi risiko dbd itu Jumantik juga?</p> <p>TI: Tidak...dari Promkesnya...Jumantik hanya mengecek ke lapangan saja itu sudah ada bagian nya di atas...Promkes itu... Jumantik Cuma membantu dan menyuruh warga untuk...misalnya kalo ada sosialisasi di banjar,kan jumantik setiap hari turun ke rumah-rumah warga. Otomatis promkesnya bisa gini..."Ibu tolong kasitau nanti kalo ngecek ke rumah warga, nanti ada posyandu ini jam ini jam ini..." seperti itu..</p> <p>P: Tapi apakah saat turun ke warga itu apa juga disampaikan tentang program PSN?</p> <p>TI: Iya...sering kita temu sama orang-orang untuk waspada demam berdarah seperti itu...jumantik selalu bilang "Ibu..apa namanya...hati-hati terhadap dbd itu sangat berbahaya bagi kesehatan kita...khususnya kalo itu kan kalo kita apa namanya...membuang limbah-limbah...banyak jentik nyamuk akan membuat sarang nyamuk..."</p>	
--	---	--

	<p>P: Berarti kayak materinya itu dari promkes dan jumantik ini mengkomunikasikan langsung ke masyarakat?</p> <p>TI: Iya...</p> <p>P: Berarti tetap ada upaya penyampaian informasi itu dari jumantik?</p> <p>TI: Iya...tetep...pasti ada...</p> <p>P: Lalu bagaimana...</p> <p>TI: Soalnya sekarang jumantik kita semakin kritis dia terhadap dbd. Terhadap penyakit-penyakit itu.</p> <p>P: Kritis bagaimana?</p> <p>TI: Modelnya kayak sekarang JE...kan banyak ada balita-balita...jumantik pasti selalu ngasi informasi ke masyarakat</p> <p>P: Berarti ngga terbatas db aja?</p> <p>TI: Ndak...semua...misalnya ada yang sakit kayak kanker, jumantik menemukan di lapangan, jumantik segera menelfon ke kordinator, kordinator bilang ke supervisor, dan supervisor bilang ke promkes yang menangani...</p> <p>P: Selama ini bagaimana kinerja jumantik yang bekerja di lapangan?</p> <p>TI: Kinerja ya cukup bagus, berjalan dengan lancar</p> <p>P: Untuk kualifikasi yang perlu dimiliki jumantik itu seperti apa?</p> <p>TI: Kalo kualifikasi itu sejenis...gimanaya?</p> <p>P: Persyaratan untuk jadi jumantik..</p> <p>TI: Oh...persyaratan jadi jumantik itu, ee...jumantiknya ini terpilih dari masing-masing desa ya...eee...desa yang menunjuk siapa yang menjadi jumantik itu...tapikebanyakan...banjar ya...banjar...ada juga dari banjar. Kan ada kadus per banjar tu, terus kadus yang melapor ke desa, desa yang melapor ke puskesmas. Seperti itu.</p> <p>P: Bagaimana cara jumantik ini menyampaikan, mengkomunikasikan informasi tentang informasi kesehatan di msy di wilayah kerja? Jadi termasuk informasi tentang risiko dbd, seperti itu?</p>	
--	---	--

	<p>TI: Kalo menginformasikan....jumantik menginformasikan ke masyarakat? Tu dah pada saat turun itu dia menginformasikan. Pada saat dia mau ngecek jentik, dia langsung menginformasikan kemasyarakat kalo..</p> <p>TI: Tu dah pada saat jumantiknya turun ke lapangan...jumantik langsung memberikan informasi kepada masyarakat, misalnya satu rumah ketemu samaorangnya langsung dah dia menginformasikan “Ibu...tolong hati-hati tolong jaga kebersihannya, sekarang kan musim hujan, bakmandinya harus di kuras...kalau ada air-air yang tergenang, mohon biar nggak tergenang.” Pasti jumantik selalu waspada. Soalnya kasus kita kan sekarang semakin menurun.</p> <p>P: Lalu kalo dari kasus yang menurun ini, apakah terdapat peran dari jumantik untuk menurunkan kasus?</p> <p>TI: Kan dari jumantik itu kita melakukan Grebek sama Gertak. Grebek di masing-masing desa...Grebek di masing-masing desa.</p> <p>TI: Gertak itu dua kali satu minggu kita ambil. Jumat dan Sabtu. Itu misalnya seluruh jumantik desa se-Dentim, misalnya terjun ke Desa Sumerta Kelod. Hari Jumat. Besoknya di Dangri Kelod. Kita punya berapa jumantik ya?</p> <p>TI: 49 Jumantik, sama 6 koordinator.</p> <p>P: Berarti untuk terdekat ini ada Gertak?</p> <p>TI: Besok ada Gertak di Dangri. Tadi di Sumerta. Sekarang ada mahasiswa yang mengikuti dari Warmadewa mungkin turun untuk abatisasi...berpartisipasi Saraswati dan Warmadewa. Soalnya ada 2 yang PKL. Pas kita Grebek sama Gertak untuk menurunkan kasus, kita menaburkan bubuk abate...Setiap apapun dimana biarpun tidak ada hujan tidak ada angin...kita tetep taburin abate...dan memberikan abate ke kepala keluarga.</p> <p>P: Tadi kan tentang puskesmas dan perannya. Sekarang untuk panduannya</p>	
--	---	--

	<p>program komunikasi risikonya ini...apakah terdapat panduan khusus sebelum berkomunikasi kepada masyarakat?</p> <p>TI: Ya...kita kalau sebelum turun kita pasti selalu ngumpul dulu di desa untuk memberikan pengarahan bahwa hari ini kita akan memberikan abate...bagaimana caranya menuangkan bubuk abate biar ga salah takarannya...seperti itu.</p> <p>P: eee... boleh diceritakan tetnang takarannya itu</p> <p>TI: Nah kita kan udah ada yang sachet, mungkin kita pake yang sachet...nih. Sekarang udah ada yang sachet...dulu kan yang takaran satu sendokaja. Sekarang udah takaran satu sendok aja.</p> <p>P: Ooh... berarti satu sachet satu sendok</p> <p>TI: Satu sachet...air 100 liter. Nanti untuk diginiin, bawa aja ini foto.</p> <p>P: Iya... ee.e.. untuk program yang dilakukan untuk member informasi dbd ini apa ajaya?</p> <p>TI: Programnya...ape gen Yuk? Program ne gena? Untuk melakukan dbdnya itu....Pemberantasan Sarang Nyamuk...PSN...sama Grebek tu dah...Jumantik Mandiri...satu rumah satu jumantik.</p> <p>P: Jumantik Mandiri dan PSN?</p> <p>TI: Sama Jumantik Cerdas dari sekolah-sekolah. Saya lupa...soalnya waktu ini udah apanamanya...udah jalan setengah...lagi mundur gitu.</p> <p>P: Karakteristik dari program2 ini boleh diceritakan nggambok?</p> <p>TI: Karakteristik dari programini kalo PSN itu kan kita lakukan setiap hari dan pada saat Grebek dan saat Grebek...per desa dan per banjar. Trus kalau Jumantik Mandirinya itu kita adakan dalam satu rumah harus ada jumantik mandiri. Satu rumah satu jumantik. Kita pilih satu orang, satu KK itu sebagai jumantik. Untuk mengawasi satu rumahnya itu. Kalau jumantik cerdasnya, kita ambil dari</p>	
--	--	--

	<p>kelas 4-5...6 juga boleh. Karena saya ada juga 6...kitasuruh dia satu kelas ada 30...kita ambil smeua..kita juga suruh dia meriksa di rumahnya masing-masing dan di sekolah.</p> <p>P: Untuk jumantik mandirinya ini dikasitau juga ini...informasi</p> <p>TI: ya...kita bombing dia...kita bombing dia biar dia bisa cara mengisi kartu...biar dia bagaimana caranya menguras bakmandi yang benar...seperti itu</p> <p>P: Lalu untuk strategi komunikasinya kepada masyarkaat dapatkah diceritakan karakteristik masyarakat di wilayah kerja Dentim?</p> <p>TI: Modelnya?</p> <p>P: Karakteristik masyarakat di Dentim itu seperti apa modelnya...latar belakang asalnya..atau usianya...</p> <p>TI: Ya kalau masyarakatkalo karakteristik ka nada yg muda ada yang tua....Banyak yang urban...pendatang...seperti itu...bukan masyarakat disini...jarang...kalau aslinya kebanyakan di satu wilayah itu tertentu aja. Seperti di tanjung bungkak kaja,kelod, sebudi. Kalau pendatang-pendatang yang banyak itu kayak di Babakan Sari. Banyak sekali pendatang...Ini Jumantik...</p> <p>P: Berarti jugasambilmembantu</p> <p>P: Berarti bisa diceritain perbedaan...apakah ada perbedaan penerimaan atau dari masyarakat pendatang?</p> <p>TI: Kalo masalah penerimaan sih, ndakadamasalah,mereka setuju2 aja karena mereka juga ingin hidup bersih...seperti itu</p> <p>P: Untuk bagi mb tiara juga, apa yang idealnya dilakukan masyarakat untuk menghadapi risiko terjangkau dbd? Yang ideal?</p> <p>TI: Itu dah...pemberantasan sarang nyamuk...kayak mendaur ulang barang bekas...menutup penampungan</p>	
--	--	--

	<p>air...seperti itu...dan menanam tanaman pengusir nyamuk...seperti Liligundi...yang banyak terdapat di Tanjung Bungkak Kaja. Tau Liligundi?</p> <p>P: ada tumbuhan pernah lihat...</p> <p>TI: Sekarang kalo lavender itu jarang...paling orang-orang kaya aja.</p> <p>P: Pernah liat lavender tapi jarang juga...</p> <p>TI: Ni jumentiknya sering turun di gang tiga</p> <p>TI: Sekarang kalo masyarakatnya memelihara ikan di kolam...itu udah tak suruh tolongdiisiin kolamnya ikan. Kalo ngga diisi ikan pasti adajentiknya. Ikan pemakan jentik</p> <p>P: Soalnya cepet sekali ada jentik</p> <p>TI: Iya...cepat sekali...kalo misalkan 1 minggu ga dikuras bak mandinya, udah nempel telur-telur nya...</p> <p>P: Kaya di rumah saya juga ada gitu mbok jentik karena ga ada ikan.</p> <p>TI: Darimana?</p> <p>P: Saya di Tembau</p> <p>TI: Ooo di Tembau</p> <p>P: Dentim II yang megang</p> <p>TI: Ngekos sini aapa..</p> <p>P: Nggak rumah tapi kuliahnya emang di Jawalagi skripsian</p> <p>P: Selanjutnya cara jumentik dan puskesmas menyampaikan informasi kepada masyarakat kan tadi udah disebutkan...ee...apakah jumentik dan puskesmas melibatkan dalam proses mengurangiproses terjangkir dbd? Dalam bentuk apa?</p> <p>TI: Pas waktu...gotong royong...</p> <p>P: Itu diadakan rutin? Atau gimana?</p> <p>TI: Kalau di Sumerta Kelod...gotong royongnya itu satu minggu...dua kali. Jumat/Sabtu rutin itu</p> <p>P: Lalu bagaimana masyarakat menanggapi program tsb yg dilakukan Sumerta Kelod?</p> <p>TI: Kalau masyarkaat nya itu sangat antusias dia...antusiasnya sangat besar paalagi sekarang dari pak walikota</p>	
--	---	--

	<p>sekarang kita harus bebas jentik bebas kasus dbd dan bebas sampah.</p> <p>P: Himbauannya sampai bebas sampah?</p> <p>TI: Bakar sampah ngga bolehsekrang. Ngga boleh buang sampah sembarangan...</p> <p>TI: Kalo membakar sampah ada dendanya...5 juta..baru baru ini perdanya...tapi kalomasyarakat yang pendatang ada yang belum tau...seperti itu...kita kasitau dah...</p> <p>P: Bukan hanya informasi db aja?</p> <p>TI: ya...</p> <p>P: Untuk kendalanya, apakah ada kendala saat melakukan komunikasi risiko dbd di wilayah kerja?</p> <p>TI: Kalo kendala sih kadang-kadang orang pendatang itu. Misalnya kos-kosan itu dah misalnya kita “Bapak permisi...kita dari puskesmas...” kadang-kadang ngga dibukain pintu... ada anjing galak ada tulisannya “Anjing Galak” ndak dah berani kita masuk.</p> <p>P: Solusi yang dilakukan seperti apa kalau kayak gitu?</p> <p>TI: Solusi yang dilakukan kita kadang-kadang ketemu dgn bapak kos, kadus, kita ajak turun.</p> <p>P: Kadusnya itu dimana ya?</p> <p>TI: Kadusnya itu di banjar...</p> <p>P: Wilayah banjarnya?</p> <p>TI: Iya...kita langsung telfon pak kelihan ... “Pak kelian...gang ini...rumahnya dikunci aja.” Pak keliannya kesana, dikasi kita masuk.</p> <p>P: Berarti ada kordinasi juga sama kelian...</p> <p>TI: Ya...kalo ngga gitu, ngga kita berani. Kadang-kadang pendatangnya itu orang jutek-jutek juga.</p> <p>P: Pendatang dari luar bali/luar kota dps?</p> <p>TI: Ya...luar bali...luar kota denpasar jugaada...orang sibuk-sibuk. “Saya cepet-cepet saya kerja udah mau telat” seperti itu... dah dah kita ga bisa masul</p> <p>P: Lalu bagaimana mb tiara memandang</p>	
--	---	--

	<p>pandangan masyarakat tentang dbd?</p> <p>TI: Kalau saya memandang anggapannya sih kok mereka itu tidak menyadari ya ini untuk kepentingan mereka lo kita membantu biar terwujud rasa kepedulian...merasa agak...kalo tidak ada yang bukain pintu merasa agak kesal sedikit...capek-capek jalan...</p> <p>P: lalu bagaimana pemahaman masyarakat di wilayah kerja di sini tentang pencegahan risiko dbd ?</p> <p>TI: Kalau pemahaman dari masyarakat sih udah semua sadar atas kepedulian lingkungan</p> <p>P: Tapi untuk menerima/</p> <p>TI: Mungkin masih perlu sosialisasi....mungkin masyarakat banyak kesibukan ya...gitu...</p> <p>P: Kesibukan jadi salah satu faktor?</p> <p>TI: Faktor kesibukan....</p> <p>P: Apakah terdapat evaluasi terhadap program yg dilakukan jumatik?</p> <p>TI: Ya dapat...</p> <p>P: Bisa diceritain bagaimana proses evaluasinya?</p> <p>TI: Kalo evaluasi kita satu tahun berapa kali Yuk? Dua! Duakali evaluasi...dari Dinas Kesehatan...dari Puskesmas. Kita evaluasi menceritakan kasus...apa kendala kita di lapangan....jumatik dan kordinator...apakah ada kendala saat turun...apa tanggapan masyarakat saat datang ke rumahnya...itu dah kayak pertanyaan masnya yg tadi...bagaimana kasus satu tahun ini? Bagaimana kasus kematiannya berapa?</p> <p>P: Terjangkitnya berapa juga?</p> <p>TI: Iya terjangkitnya berapa...desa apa yang tertinggi...keliatan dah.</p> <p>P: Terkadang kan kalo ada kasus db...masyarakat...dia minta fogging? Nah itu gimana cara jumatik untuk menyadarkannya?</p> <p>TI: Na sekarang dari kita kalo fogging itu ee...kita melaksanakan fogging nyamuknya marah dia. Semakin merebak</p>	
--	--	--

	<p>dia...makanya kita terus sosialisasi ke masyarakatnya..."Pak jangan dah fogging Pak, kita udah PSN...kasi abate di tempat-tempat air yang tergenang...kuras-kuras bak mandinya" saya suruh kalo fogging itu hanya sementara aja membunuh nyamuk dewasa, ngga membunuh jentik.</p> <p>P: Bisa menyebar?</p> <p>TI: Udaah pernah itu...ni Sumerta Kaja...fogging di Kecubung (banjar A)...pindah dia ke ISI...di ISI ada yang kena DB.</p> <p>P: Bisa pindah gitu? Berarti foggin ini jugabukannya punya dampak kesehatan?</p> <p>TI: Iya...kalo fogging itu kan bisa bahaya ke paru paru kalo kita menghirup.. Makanya kalo adafogging "mohon ibu-ibu apanamanya...keluar dari kamar... tutup makanan dan jauh dari asap...apalagi bayi.</p> <p>P: Misalnya dia kekeh gitu mbok, minta fogging, itu puskesmasnya me...tetep melakukan fogging apa biar mereka...</p> <p>TI: kita melakukan PSN...</p> <p>P: Berarti fokusnya ke PSN</p> <p>P: Kalo abate sendiri ada risiko kesehatannya?</p> <p>TI: Kalo abate...baunya itu...kita pake masker pada saat menuangkan. Banya aja...hanya sementara aja...Kalo diminum bahaya...bisa is dead...(ndak bahaya ka nada BPOM)</p> <p>TI: kadang ada jual yang palsu loh...tapi bukan sejenis kaya gini...beda. Dia jadi penipu jadi jumantik.</p> <p>P: Ada yang menipu gitu?</p> <p>TI: Ndak...jumantik kita kalokemasyarakat kan ngasinya gratis. Ni ada diperjualbelikan... 100rb lo...bukan di puskesmas. Warganya tetep mau lo juga beli...kena hipnotis dia..</p> <p>P: Penanggulangannya gimana? Biar ga terjadi lagi?</p> <p>TI: Kita turun jumantik semua bilang ke warga kita tidak menjual ini....kita ngasi</p>	
--	---	--

	<p>gratis. Gitu. Mungkin pada saat itu dihipnotis dia...bisa aja..</p> <p>P: Itu aja sih mb tiara untukpertanyaannya boleh minta kontaknya juga?</p> <p>TI: WA... 08xxxxxxxxxxx nanti kasi aja kontaknya ya biar saya ngga lupa... ini stikernya</p> <p>P: Iya...</p>	
--	---	--



LAMPIRAN

Lampiran 1

Transcript verbatim

Hasil *interview* 1

Tanggal : 23 Agustus 2018

Waktu :

Keterangan:

P: Peneliti

W: Gusti

<i>Codes</i>	<i>Transcript</i>	<i>Keterangan</i>
	<p>P: Gimana pak untuk dbd itu seperti apa?</p> <p>W: Nike kan secara umum penyakit yang sangat berbahaya kan kenten...tapi untuk masing-masing keluarga nike kan sudah punya...mudah-mudahan menyadari semua kan...eee...kebersihan...terutama apa yang berkaitan dengan bakal-bakal db itu kan misalnya bahan-bahan ya...genangan air dan sebagainya. Tapi sementara ini kan tiang, masing-masing lah keluarga kenten kebersihan itu setiap hari. Disamping itu petugas itu sesuai dengan catatan kan tiap bulan nggih, tiap bulan ada yang hadir. Tetep kita perlu diingatkan masing0masing keluarga untuk gini...karena selama ini tahun2 ini ten je tae nada...ada di sebelah dulu tapi sejauh ini jarang lah kenten. Karena masing-masing hampir rutin menjaga kebersihan.</p> <p>P: Selama ini apa aja yang dilakukan pak untuk pencegahan dbd?</p> <p>W: Ya terutama apa yang disarankan sama petugas-petugas jentik itu ya.</p> <p>P: Seperti?</p> <p>W: Genangan air...apa...barang-barang bekas yang ngga ini...bahan bekas dan sebagainya...kaleng-kaleng. Rutin kaleng-kaleng itu rutin kita bersihkan...</p>	

	<p>P: Untuk pendapat bapak sendiri tentang penyakit ini seperti apa pak?</p> <p>W: Yaa...karena terus terang aja mudah-mudahan tidak pernah terjadi ya...katanya kan paling bahaya itu nggih...yaa...paling tidak pencegahannya itu sendiri kita masing-masing dalamkeluarga</p> <p>P: Informasi yang diterima ketika jumentiknya datang ini seperti apa?</p> <p>W: Ya...terutama kebersihan-kebersihan kalengbekas...genangan air itu supaya ngga ada. Terutama di kamar mandi masing-masing. Kebetulan kamar mandi tiang kan gaada baknya ya. Pakeemeber itu langsung...udah abis airnya langsung dibuang...tiap hari bisa kita bersihkan.</p> <p>P: Berati informasi yang diterima itu seputar pencegahan?</p> <p>W: Informasi pencegahan itu tetep dari petugas petugas jentik...pencegahannya kanmelalui kebersihan</p> <p>P: Boleh minta namanya pakuntuk di lampiran</p> <p>W: Nama Gusti Made Putra</p> <p>P: Dis ini sudah berapa lama tinggalnya</p> <p>W: Saya lahir di sini. Sejak lahir di sini. Selama ini belum kena. Mudah-mudahan nggak. Karena kita udah menyadari kan karena berbahaya kan paling tidak ya...cikal-cikalnya itu seidni itu kita bersihkan.</p> <p>P: Terakhir pak, untuk bapak sendiri fogging itu sama abate seperti apa/</p> <p>W: Fogging itu rasanya penting juga, fogging itu kan pencegahan dini juga kan...tapi biasnaya fogging itu berlangsung setelah ada yang kena db baru fogging gitu...kalobisa pemerintah sebelum terjadi foggingnya terus rutinkan...</p> <p>P: Kalau abatenya sendiri pak?</p> <p>W: Abate kan pembersihan kolam air itu modelnya...itu termasuk penting juga bagi masyarakat, terutama yang punya bak bak mandi itukan tidak semua permanen gitu...</p>	
--	--	--

	<p>P: mungkin itu saja pak untuk pertanyaannya terimakasih atas waktunya...ijin naruh pendapat bapak diskripsi saya pak</p> <p>W: Oh nggih..</p> <p>P: Terimakasih banyak pak.</p>	
--	--	--



LAMPIRAN

Lampiran 1

*Transcript verbatim*Hasil *interview* 1

Tanggal : 22 Juni 2018

Waktu : 10 menit 17 detik

Keterangan:

P: Peneliti

L: I Made Lilir

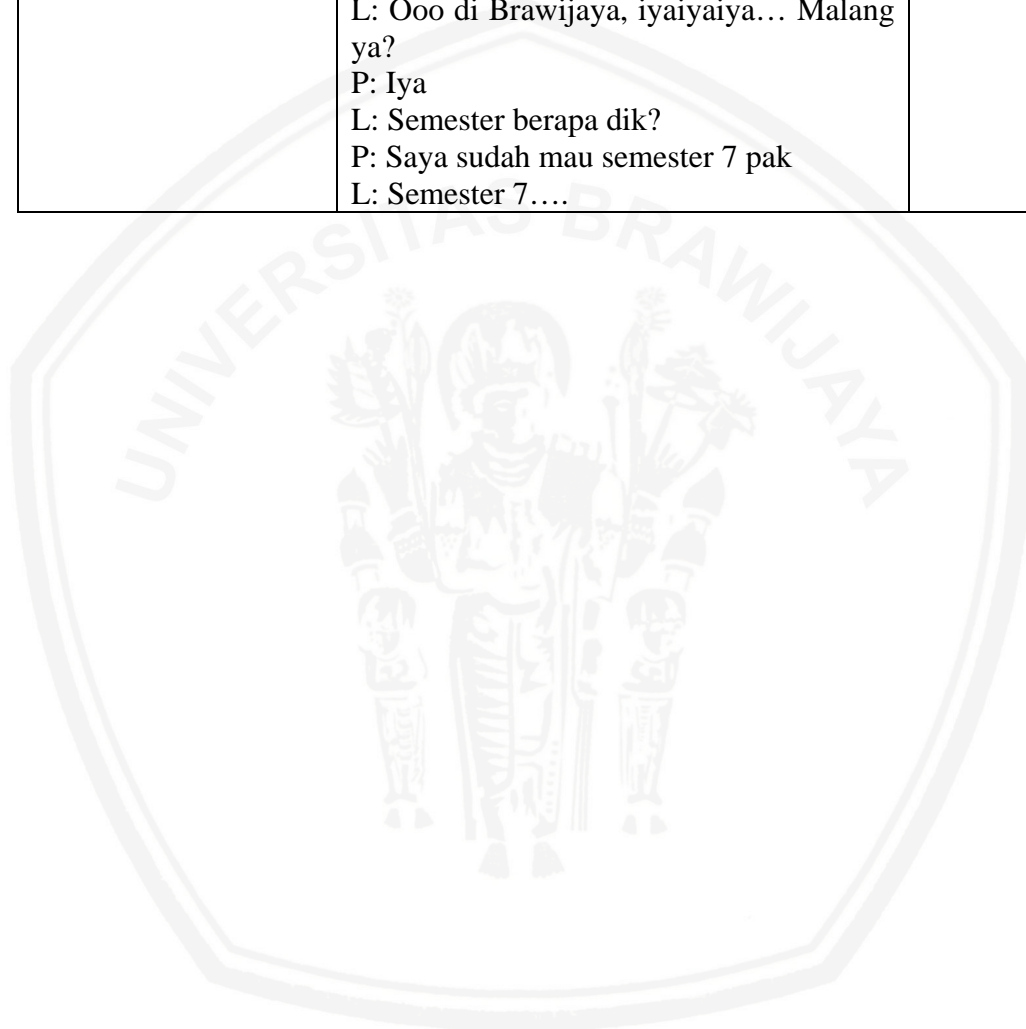
<i>Codes</i>	<i>Transcript</i>	<i>Keterangan</i>
	<p>P: Pagi pak tiang Kharisma niki dari Universitas Brawijaya, Malang sedang melakukan penelitian judulnya mengkomunikasikan risiko yang terabaikan niki tentang demam berdarah dan komunikasi risiko dbd. Untuk pertanyaannya mungkin tiang nanya biodata bapaknya dumun...Namanya?</p> <p>L: Nama...Made Lilir, I Made Lilir.</p> <p>P: Untuk ee...Di sini udah tinggal berapa lama?</p> <p>L: Tiang aslinya sih memang Denpasar cuman kalau keluarga masih ngumpul di rumah di sini deket, Pedungan, Pedungan Timur lagi, di perbatasan antara Pedungan dan Sesetan. Cuma tiang keluar dari keluarga besar dan beli eee...tempat di sini untuk berdomisili dari 1988-sekarang.</p> <p>P: Selama ini bagaimana partisipasi dari sekitar ini untuk program P2DBD?</p> <p>L: Kalau pengecekan itu tetep berjalan di sini. Mungkin kalau saya kan ga tau mengenai schedule daripada mereka mereka yang ngecek kesini itu. Tep kesini, Cuma apanamanya, kalau di sini, memang...mereka-mereka itu sudah tau, bahwa ee...dulu pernah di rumah saya ini dijadikan apa</p>	

	<p>namanya...contoh...dicontoh rumah sehat juga pernah dulu. Tapi itu kan dulu. Kalau pengecekan masih sih tetep seperti biasa. Cuma saya gatau schedule mereka itu, kebetulan saya di rumah, ada pengecekan. Karena rumah saya ini kan sering kosong juga, karena saya satu keluarga kadang-kadang bepergian kemana gitu. Kosong rumahnya. Mungkin aja beliau-beliau itu datang dalam keadaan rumah kosong, tapi mereka percaya di sini, di rumah saya ini masih situasinya seperti semula, gitu. Memang ada kamar mandi, saya punya 3 kamar mandi di sini. Ketiganya ndak ada make bak mandi gitu lah, pake gini dari atas, shower apa namanya. Jadi, nggak diragukan lagi ada air tergenang gitu nah...jadi yah...karena ada penyuluhan-penyuluhan juga dari yang yang kontrol kesini, disamping juga kita jga tau sedikit mengenai hal itu, dari pengetahuan waktu masih sekolah dulu. Jadi kita mengerti lah mengenai kebersihan, apa yang namanya, istilahnya mengubur menanam, apa itu istilahnya saya juga lupa itu. Supaya tidak ada air tergenang, untuk memberikan kesempatan nyamuk berkembang biak, gitu...</p> <p>P: Selama ini bapak melakukan apa saja untuk mengurangi risiko dbd?</p> <p>L: Ya kalau saya sih Cuma kalau di rumah ya Cuma bersih-bersih menghindari supaya tidak ada air tergenang, itu yang utama. Kalau masalah kebersihan, sampah, itu kan memang ee...saya tidak menggunakan jasa sampah, pengangkut sampah di sini. Saya sendiri yang membuang sampah ke TPA. Karena apa? Karena saya menggunakan jasa sampah untuk kebersihan disini, karena rumah saya masuk gang, itu saya kita agak terlambat rumah gak bersih jadinya, jadinya saya inisiatif buang aja ke TPA. Begitu ada sampah dikit, buang, berarti kan rumah bersih jadinya. Tidak ada sampah di</p>	
--	---	--

	<p>rumah.</p> <p>P: Bagaimana bapak memandang ee...risiko dbd in pak?</p> <p>L: Ya itu kan...namanya aja penyakit yang berbahaya, jadi kita tetep menghindari supaya tidak terjadi halnya penyakit db itu. Semua penyakit sih kita hindari, dengan ya seperti itulah dulu. Terutama pencegahannya dulu. Tapi kalo, pengobatan ya...memang sih kalau bisa sih pencegaha dulu, tidak berobat dulu, biar gak kena...</p> <p>P: Selama ini bagaimana masyarakat dan bapak sendiri melihat kinerja puskesmas menangani kasus dbd ini risiko..mengkomunikasikannya juga?</p> <p>L: Ya...kalau...mudah-mudahan kita gak kena gitu ya. Kalau, saya sih karena ee...sekarang sih saya sudah pension sekarang. Dulu saya masih kerja, itu ada sakit sedikit kan kita ditanggung oleh tempat kerja tu. Jadi kan kita nggak menggunakan jasa puskesmas waktu itu. Nah kita langsung ajadah ke dokter perusahaan. Jadi tidak menggunakan jasa di puskesmas, tapi selama ini puskesmas tu bagus penanganannya. Memang sih saya jarang ke puskesmas, tapi saya mendengar dari keluarga, atau siapapun ari keluarga kami yang ke puskesmas, pelayanannya bagus.</p> <p>P: Terkait dengan mengkomunikasikan informasi dbd bagaimana Pak? Melalui jumentiknya...penyuluhan-penyuluhan?</p> <p>L: Eee...memang karena mereka merka tu datang kesini ya otomatis disitu dibekali kita sedikit. "Tolong jangan gini, tolong jangan gini" ya...untuk pencegahan itu. Bagus itu bagus.</p> <p>P: Mungkin bagaimana respon di sini ketika ada yang terjangkit dbd itu pak?</p> <p>L: Ya kalau ada yang terjangkit, ya sudah tentu kta larikan ke rumah sakit, atau ke puskesmas dulu, kan gitu ya? Kan gitu jalurnya. Itu kalau sudah ee...tapi mudah-mudahan sih ndak pernah kena disini itu.</p>	
--	--	--

	<p>Kalau toh terjadi ya sperti itu gitu lah perjalanannya...alurnya. Jadi penanganannya bagus, kemudian ee..cuman..ee..di dalam pencegahan itu kan ada pengasapan...untuk debu apa namanya itu?</p> <p>P: Fogging nike,</p> <p>L: Fogging itu ya, kalau fogging itu, kalaupun bisa jangan di rumah aja kan gitu ya. Jangan di rumah aja disemprot atau di fogging, kan karena kalau di rumah aja, nanti begitu ilang rasa foggingnya dalam satu hari itu, nanti nyamuknya menyerang dari luar rumah, kan gitu jadinya. Kalau bisa sih fogging di rumah, digang juga, dan kalau ada tegalan di samping rumah itu defogging juga. Malah justru itu yang penting kan. Supaya nyamuk-nyamuk yang ada di sana itu tidak berterbangan ke rumah.</p> <p>P: Saya dapat informasi kalau fogging itu memiliki risiko kesehatan. Kira-kira bapaknya sudah diinformasikan tentang risiko tersebut?</p> <p>L: Risiko kesehatan? nah...itu memang belum diinformasikan, apakah mempengaruhi kesehatan atau tidak, itu kami juga kurang tau. Tapi bagaimanapun namanya asap, ya kita kan mengerti kalau sudah asap kita tetep menghindar dulu. Apalagi itu namanya racun untuk membunuh nyamuk. Kalau sudah membunuh makhluk hidup, sedikit tidaknya berpengaruh juga kepada kesehatan kita juga kan gitu ya. Jadi tetep kalau ada fogging, kita suruh dia mugging di rumah, fogging di rumah, kita menghindar dulu sementara. Mungkin dengan cara tutup mulut itu, masker..</p> <p>P: Mungkin itu saja dumun untuk ini, saya minta ijin untuk menulis nama bapak di laporan skripsi saya...</p> <p>L: ooo gitu iya iya iya, boleh. Nama saya sudah saya katakana tadi, I Made Lilir. Perlu ktp?</p> <p>P: Nggak, kontak mungkin</p>	
--	---	--

	<p>L: Oooh...iyaiya, nomor telepon saya?</p> <p>P: Iya</p> <p>L: 08xxxxxxxxxx</p> <p>P: Terimakasih pak untuk waktunya</p> <p>L: Dari aslinya di mana dik?</p> <p>P: Tiang asli Karangasem tapi tinggal di Denpasar, tapi kuliahnya lagi di Brawijaya, di Malang</p> <p>L: Ooo di Brawijaya, iyaiyaiya... Malang ya?</p> <p>P: Iya</p> <p>L: Semester berapa dik?</p> <p>P: Saya sudah mau semester 7 pak</p> <p>L: Semester 7....</p>	
--	--	--



LAMPIRAN

Lampiran 1

Transcript verbatim

Hasil *interview* 1

Tanggal : 22 Juni 2018

Waktu : 2 menit 53 detik

Keterangan:

P: Peneliti

BP: Ida Bagus Putra

<i>Codes</i>	<i>Transcript</i>	<i>Keterangan</i>
	<p>P: Untuk namanya Pak?</p> <p>BP: Bapak Ida Bagus Putra Manurbawa</p> <p>P: Disini sampun dari kapan ?</p> <p>BP: Ampun...kurang lebih 35 tahun...suwe ampun...95 driki.</p> <p>P: Untuk pertanyaannya niki,</p> <p>BP: Nggih silahkan</p> <p>P: Bagaimana persepsi bapak tentang demam berdarah?</p> <p>BP: Sangat positif sekali, bagus sekali. Jadi harus diberantas setuntas-tuntasnya. Bukan dari pemerintah aja tapi kan dari ee...kita sendiri dari masyarakat yang tanggap dengan semua itu. Misalnya kebersihan...kan itu ya.</p> <p>P: Untuk partisipasi masyarakat dalam program dari pemerintah niki seperti apa di sekitar ini?</p> <p>BP: Saya rasa udah positif sekali, sangat bagus bagus sekali. Sebab namanya penyakit, bagaimanapun juga...semua sih harus sadar. Terutama kebersihan, kita kan tanpa harus masing-masing rumah tangga, individu, masing-masing membersihkan rumah masing-masing ya percuma juga mengandalkan kepala desa,</p>	

	<p>pemerintahan. Kita juga harus ada inisiatiff untuk kebersihna.</p> <p>P: Selama ini sudah melakukan apa saja nggih untuk mengurangi riisko terjangkit dbd?</p> <p>BP: Udah pembersihan dalam rumah tangga ini, membersihkan belong-belong, selokan seperti saya juga seneng burung, itu dibersihkan setiap hari satu hari dua hari, menggantung baju itu dikurangi,</p> <p>P: Bagaimana bapak memandang penyakit demam berdarah ini?</p> <p>BP: Sangat berbahaya sekali.</p> <p>P: Lalu respon disini ketika ada dbd itu seperti apa?</p> <p>BP: Cepet dia. Pemerintah kan cepet tanggap, desa juga saya rasa sudah sangat-sangat, sangat luar biasa anunya. Tergantung kita sekarang, pemerintah jemput bolanya sudah luar biasa.</p> <p>P: Bagaimana masyarakat melihat puskesmas dan program ini?</p> <p>BP: Positif bagus sekali, kan udah lengkap sekarang di Kodya, kita sakit kan yang di atas tahunya. Yang penting kan preventif lah. Soal kematian sakit itu kan gabisa, itu rahasia Tuhan, Sang Hyang Widhi, cuman kita harus preventif. Dari kita sendiri semuanya, lingkungan yang bersih itu lah.</p> <p>P: Niki tiang ijin untuk mencantumkan nama bapak nanti di skripsi saya</p> <p>BP: Nggih silahkan silahkan.</p> <p>P: Mungkin saya minta kontak juga untuk... mau bertanya lagi</p> <p>P: 081xxxxxxxxx</p>	
--	---	--

LAMPIRAN

Lampiran 1

Transcript verbatim

Hasil *interview*1

Tanggal : 30 Juni 2018

Waktu :

Keterangan:

P: Peneliti

YP: I Putu Yudiartha Putra

<i>Codes</i>	<i>Transcript</i>	<i>Keterangan</i>
	<p>P: Perkenalkan sebelumnya saya Kharisma, ini saya ingin menanyakan pertama tentang biodatanya terlebih dahulu. Untuk namanya bisa disebutkan?</p> <p>YP: Nama saya I Putu Yudiartha Putra, SKM.</p> <p>P: Untuk tempat tanggal lahir nya?</p> <p>YP: Saya lahir di Gianyar, 2 Juli 1987</p> <p>P: Jabatan/ Departemen saat ini?</p> <p>YP: Jabatan saya saat ini... coordinator kelurahan Dangin Puri</p> <p>P: Lama bekerjanya?</p> <p>YP: Kalau bekerja saya dari tahun 2008 berarti 10 tahun lah</p> <p>P: Untuk pertama, puskesmas sebagai organisasi kesehatan. Dapatkah diceritakan tentang fungsi puskesmas bagi masyarakat?</p> <p>YP: Fungsinya itu ya selain kalau kita di dbd kan promosi preventifnya lebih diutamakan. Kalo di dalem kuratif nya ada, kalo khusus dbd, dinas kesehatan itu punya program P2 ada berbagai macam. Ada dbd, ada surveilans, ada penyakit lain lah. Dina situ mengusulkan terbentuknya jumentik dari tahun 2007 sampai sekarang. Trus tahun 2008, dinas</p>	

	<p>kesehatan kota Denpasar ngusulin ke walikota untuk diadakan pembentukan kordinator. Kordinator itu mendampingi dia, mendampingi kader jumantiknya di masing-masing desa/lurah ada kordinator. Nanti setiap kordinator itu akan ditempatkan di masing-masing puskesmas. Sama dah kayak di Densel, densel berapa?</p> <p>P: Densel I</p> <p>YP: Dapatkah diceritakan tentang program P2DBD itu?</p> <p>YP: Programnya... Saya ada sebenarnya bukunya...Program paling program P2DBD secara umumnya itu, ee... kalau jumantik itu setiap hari dia ke lapangan. 6 hari kerja dalam satu minggu. 1 jumantik itu dia melakukan survei atau pengecekan ke rumah masing-masing tu sebanyak 30 KK dia dalam satu hari. Terus masing-masing sistem di bawah itu, di kembalikan ke kordinator desa lurahnya tergantung inovasinya dia sistemnya. Mau dia Grebek, artinya dia punya kader dalam satu desa itu 8 orang, bisa dalam satu hari dia melakukan pemeriksaan satu banjar secara bersama-sama. Tu sistem grebek namanya. Kalau sistem Gertak, kita di Puskesmas program dbd membuatkan jadwal Gertak dalam satu minggu itu bisa dua kali Gertak. Artinya hari Jumat/Sabtu bisa diambil. Mungkin satu desa Jumatnya, lagi satu hari Sabtunya... Artinya di Puskesmas itu kan membawahi desa/lurah dia. Kalau di Dentim I, kita punya 43 Jumantik + 6 Kordinator jadinya 49 tambah supervisor 1 orang... 50 orang dalam satu progam p2dbd.</p> <p>P: Di puskesmas ini bagian apa yang bertanggungjawab untuk melakukan penyampaian informasi tentang risiko dbd?</p> <p>YP: Kalau dari struktur puskesmas, risiko itu bisa banyak sih... di sini kana da program Promkes kan, promkesnya</p>	
--	---	--

	<p>bisa...artinya kalau ke lapangan dikhususkan untuk informasi dbd bisa langsung ke supervisor dbd bersama kordinator. Untuk di dalam ruangan biasanya bagian Promkes.</p> <p>P: Terkait dengan pertanyaan sebelumnya. Dapatkah diceritakan tentang tugas dari supervisor dan kordinator ini.</p> <p>YP: Tunggu sebentar saya ambil SK nya aja ya biar lebih jelas penjelasannya...</p> <p>YP: Nanti ini bisa difoto.. ini dasar hukumnya ada di sini...terbentuknya kordinator...</p> <p>YP: Nah disini lengkap dia tugas kordinator, di sini kordinator aja.</p> <p>YP: Kalau jumentiknya ada sebenarnya SK. Kalau jumentik sedikit tanggung jawabnya dia. Kordinator sama supervisor, mirip cuman ada penambahan di supervisor dia kan sebagai penanggung jawab program dbd harus melaporkan apa yang terjadi di wilayah kerja Puskesmas ke Dinas Kesehatan. Strukturnya kan Dinas, bagian P2dbd dinas, kemudian di bawahnya Supervisor p2dbd di Puskesmas, di bawah supervisor ada coordinator, kemudian di bawahnya baru Jumentik.</p> <p>P: Lalu, sampai saat ini bagaimana kinerja petugas yang berada di lapangan seperti Jumentiknya, seperti itu?</p> <p>YP: Kinerja masih bagus kalau kita lihat dari hasil kasus dari tahun ke tahun. Karena melihat kinerjanya dia kan adanya penekanan kasus dari bulan ke bulan gitu lo. Kalau sekarang, 2018 astungkara kasusnya udah sangat rendah artinya adalah keliatan kinerjanya meningkat dari tahun-tahun sebelumnya. Biasanya dipake siklus dia, kalau dbd di Denpasar dulu 5 tahun, siklus 5 tahun. Artinya 2001 dia ada tinggi, kemudian tahun ke lima baru meningkat lagi. Sekarang tambah pendek siklusnya, 3</p>	
--	---	--

	<p>tahunan. Tahun 2017 kemarin nggak terlalu tinggi, cuman 2018 ini turun.</p> <p>P: Lalu apakah ada kualifikasi khusus yang dimiliki oleh misalnya untuk menjadi petugas Jumentik.</p> <p>YP: Kualifikasi pendidikan maksudnya?</p> <p>P: Persyaratan apasaja itu?</p> <p>YP: Kalau kualifikasi pendidikan paling rendah SMA dipake. Untuk juru pemantau jentiknya. Kalau umur sih dia belum ada katan umur, masih bebas. Antara laki atau perempuan siapa aja. Yang penting dia itu dapat ditunjuk sama kepala lingkungan masingmasing. Artinya dia membawahi banjar, memang warga asli sana.</p> <p>P: Lalu bagaimana cara menyampaikan informasi kesehatan, maksudnya, informasi dbd kepada masyarakat di wilayah kerjanya? Khususnya dbd tadi?</p> <p>YP: Kalau jumentik dia, setiap hari turun, dia langsung ngasi ceramah tentang dbd di masing-masing rumah itu secara personal face-to-face entah siapa yang ditemuin. Sehabis dia melakukan pemeriksaan, atau sebelum melakukan pemeriksaan bisa aja dia n ngasi penjelasan dulu tentang dbd pada penunggu rumah. Atau sebelum ngecek bisa, risikonya mereka dibawa. Artinya setiap kali dia ke lapangan dia pasti ngasi informasi terupdate tentang dbd. Selain dbd juga mereka sekarang kan di sematkan sebagai kader kesehatan. Segala macam informasi kesehatan terupdate di puskesmas, mereka dah yang paling terdepan untuk ngasi informasi di masyarakat.</p> <p>P: Lalu apakah terdapat panduan khusus terkait cara komunikasi informasi risiko kepada masyarakat?</p> <p>YP: Kalau kita di Denpasar sih lihat dari sosial budaya masyarakat aja sih. Kalau kita terlalu formal banget jelasin kayak model indoor ngga terlalu diterima lah sama masyarakat. Karena kesibukan</p>	
--	---	--

	<p>masyarakat. Kita melihat sikon di bawah aja.</p> <p>P: Berarti ada penyesuaian begitu ya?</p> <p>YP: Iya...</p> <p>P: Terkait dengan hal itu, dapatkan diceritakan tentang karakteristik masyarakat di wilayah kerja Denpasar Timur?</p> <p>YP: Kalau di sini, kalau di kota...Pastilah heterogen ya, banyak pendatang. Selain warga asli kan mobilitas warga di Denapsar sangat tinggi sekali. Makanya kalau pagi-pagi pasti terkendala kalau jumentik kadang ada orang di rumah, kadang nggak. Kalau ada, sempet lah mereka ngasi penjelasan informasi kesehatan masyarakat.</p> <p>P: Bagaimana penerapan...tadi kan fleksibilitas di dalam masyarakat...dapatkan diceritakan contohnya?</p> <p>YP: Contoh riilnya?</p> <p>P: mungkin seperti itu</p> <p>YP: Contohnya seperti cara baru masuk ke rumah orang?</p> <p>P: Ya..</p> <p>YP: Biasa dik, mereka masuk paling bilang permisi. Kalau permisi kita kan Om Swastyastu dulu, eee... kalau kita minta ijin lah dulu sama penunggu rumah. Minta ijin kalau mereka berkenan ee...kta ngasi informasi tentang kesehatan. Kalau Cuma melakukan pengecekan di rumahnya, kita lakukan pencegahan aja. Fleksibel lah istilahnya.</p> <p>P: Apa saja program yang dilakukan untuk memberikan infromasi risiko kesehatan dbd ini?</p> <p>YP: Program kita kerjasama sama lintas sector. Kita di bawah desa kita tiap tahun mengusulkan direncanakan sosialisasi masing-masing banjar. Artinya kita usulkan jadwal, nanti kalau di rencana lurah/desa itu aada, kita siap untuk mengisi sesuai jadwal mereka</p>	
--	---	--

	<p>P: Berarti kerjasama lintas sector itu juga kerjasama sama jumantik?</p> <p>YP: ya... jumantiknya ini kan bertanggungjawab sama namanya banjar. Banjar itu kana da di bawah desa/lurah, semua itu. Artinya semua laporan itu, hasil laporan bulanan kita juga kita laporkan ke desa/lurah, ke dinas juga. Artinya bertanggungjawab lah sama desa/lurah.</p> <p>P: Bagaimana karakteristik program lintas sektro itu?</p> <p>YP: Lintas sektor kalau memang tidak terjadi masalah seperti sekarang sih, cuman menyampaikan hasil seberapa ABJ kasus DBD mungkin kasusnya berapa. Kalau memang terjadi urgensi, mungkin di lintas sektor kita sampaikan hasil, kita kasi masukan seperti ini. Kita tunggu feedback dari masing-masing modelnya kepala desa/lurah. Linsek itu kan banyak tu melibatkan orang dari kecamatan, desa/lurah. Di tingkat kecamatan kan banyak, ada dari misalnya dinas pendidikan dari dinas macem-macam lah, dari keamanan juga ada. Kita tampung semua masukannya seperti apa, baru kita bisa action di bawah, seperti itu.</p> <p>P: Bagi Bli sendiri, apa yang idealnya dilakukan masyarakat dalam menghadapi risiko terjangkit dbd</p> <p>YP: Di Kota Denpasar kan inovasinya udah bagus sekarang, udah maju dari kabupaten lain kan dari sebelumnya ada pelatihan untuk supervisor, kemudian ada program Gema Petik, Gema Petik itu Gerakan Masyarakat Pemantau Jentik namanya. Launchingnya udah tahun...dua tahun yang lalu ya... 2016 ya? Itu artinya Gema Petik itu masyarakat berperan aktif selain keberadaan jumantik, mereka mengecek, memantau Jentik di masing-masing rumahnya sendiri. Artinya, sekarang selain Jumantik itu (inaudible) terhadap</p>	
--	---	--

	<p>balai banjar, sekarang warga disuru juga bertanggung jawab di rumahnya masing-masing. Datanya ada itu....</p> <p>P: Bagaimana caranya Puskesmas/jumantik ini melakukan komunikasi risiko kepada masyarakat?</p> <p>YP: Seperti tadi, kalau memang ada undangan sosialisasi banjar/masyarakat, kita siapkan tim nanti untuk kesana. Artinya kita melakukan ceramah modelnya, dalam forum arisan PKK kita masuk di sana. Kalau ada paruman banjar kita masuk ke sana, di posyandu juga bisa.</p> <p>P: Selain dari komunikasi antar personal dari jumantik ke masyarakat, ?</p> <p>YP: Kita kalau di Puskesmas ada pamfletnya tentang dbd, ada videonya setiap...diputer videonya, di TV khusus Promkes ini, Tv promkes ini, diputer video tentang dbd tentang kesehatan lengkap.</p> <p>P: Bagaimana keterlibatan masyarakat dalam proses komunikasi risiko ini?</p> <p>YP: Kalau mereka misalnya terdampak, terjangkau, modelnya dalam satu rumah tu terjadi kejadian kasus dbd di Kota Denpasar, masyarakat kan bisa dia melapor langsung melihat aplikasi pro denpasar itu, pro denpasar, (pasca risiko denpasar), mereka bisa lapor di sana online, nanti kan ditanggapi sama operator, sistemnya dia online, laporan masuk ditujukan kepada Dinas Kesehatan modelnya pelaporan itu dia kan ada alamat kejadian kasus, dalam misalnya ini, nanti dia laporannya, TL nya masuk ke sini, ditelfon dari dinas. "Tolong ditindaklanjuti di sini ada kasus, berdasarkan laporan masyarakat di Pro Denpasar" kita langsung turun. Artinya, walaupun dia hari libur, kita tetep 24 jam harus menyelesaikan masalah itu, harus ditindaklanjuti.</p> <p>P: Lalu, kalau keterlibatan masyarakat dalam program risiko dōd ini seperti</p>	
--	--	--

	<p>apa?</p> <p>YP: Seperti tadi, kalau ada lomba PSN itu masyarakat kan terlibat dia. Lomba PSN, kemudian ada namanya bulan bakti gotong royong, masyarakat juga ikut.</p> <p>P: Setiap kapan itu?</p> <p>YP: Kalau bulan bakti sih terjadwal dari...entah dari dinas atau dari kota...masing-masing desa lurah.</p> <p>P: Kalau untuk informasi apa saja yang disampaikan pada saat komunikasi itu?</p> <p>YP: Personal aja sih, verbal biasa, kalau misalnya kita punya stiker, stiker di sana ada stiker, punya saya stiker, di bawah ada stiker. Itu dijelaskan lah apa saja risikonya, gimana cara mencegahnya, sampe cara rujukan nya kemana ada di stiker tersebut.</p> <p>P: Mungkin setelah wawancara saya boleh lihat stiker itu?</p> <p>YP: Boleh, buku juga ada. Kita buku jumantik cerdas. Jumantik Cerdas itu untuk sekolah dasar. Kita punya masing-masing Jumantik Cerdas, kemudian buku Gema Petik juga ada.</p> <p>P: Untuk stiker ini, saya sempat denger ada stiker bebas jentik begitu ya?</p> <p>YP: Untuk rumah yang frekuensinya lebih dari 3 kali dia berturut-turut tanpa jentik dia bisa kita tempel stiker.</p> <p>P: Apakah sudah berjalan?</p> <p>YP: Kayaknya udah, tapi belum dibagikan. Pas dapet awal bulan lalu sudah disampaikan kepada Dinas. Dinas oke, itu kan inovasi kita di Puskesmas.</p> <p>P: Oh ini program inovasi Puskesmas?</p> <p>YP: Iya inovasi program DBD nya</p> <p>P: Bebas jentik...</p> <p>YP: Rubastik.. Rumah Bebas Jentik.</p> <p>P: Berarti tadi bentuk informasinya secara verbal interpersonal</p> <p>YP: Stikernya itu...</p> <p>P: Stiker, tentang risiko apa saja dan pencegahan dan penanganannya?</p> <p>P: Untuk risikonya sendiri, dapat</p>	
--	---	--

	<p>dijelaskan risikonya ini seperti apa?</p> <p>YP: Kalau risiko ringen sig panas-panas biasa. 1-3 har tidal kunjung membaik juga kan termasuk risiko demam berdarah. Untuk di warga kota, sih diupayakan tidak menunggu 1-3 hari untuk ke fasilitas kesehatan. Misalkan dalam sejam aja terjadi naik turun panes, diupayakan masyarakat itu langsung ke Puskesmas untuk melakukan pemeriksaan darah. Di sana, di sini kan ada pelayanan untuk mengetahui trombosit, puskesmas ada. Tergantung gini juga sih... ketersediaan reagen juga sih.</p> <p>P: Terkait dengan tindakan di PSN, di sini sudah, katanya berupa.. 3MPlus gitu ya? Dapatkah diceritakan tentang PSN dan 3MPlus itu?</p> <p>YP: 3M nya? PSNnya? PSN 3Mplus? PSN ya penanggulangan nya di masyarakat...ini supervisor saya datang. Eee... ya pemeriksaan secara rutin tempat tempat penampungan air. Kalau di Bali ya kan adanya tempat-tempat air suci, ya sekitar sekeliling rumah. Kalau 3M umumnya kan menguras, mengubur Kota Denpasar udah tidak menyarankan, memanfaatkan, dan menutup. Plusnya itu kita larvasidasi setiap hari dengan prodaknya disana kan abate namanya. Tapi nama bahan aktifnya lupa saya. Nama prodaknya abate. Larvasidasi setiap hari, kemudian plusnya itu menggunakan Revlon, tidak menggantung rumah di dalam rumah terlalu banyak, memelihara ikan pemakan jentik, dan tumbuhan pengusir yang tidak disukai nyamuk kayak lavender kan ada. (2239)</p> <p>P: Lalu, tindakna seperti fogging itu sendiri apakah masuk ke dalam...</p> <p>YP: Kalau fogging memang masuk ke dalam program pencegahan risiko dbd ya. Cuma sekarang foggingnya di fokuskan, artinya pake kriteria dia. Ada</p>	
--	---	--

	<p>kasus kita lakukan PE namanya, Penyelidikan Epidemiologi, ke lokasi tersebut. Radius 100m dalam 20 KK, misalnya dalam radius itu dalam satu rumah aja yang tersangkanya itu aja ditemukan sakit, di sekitarnya tidak ada jentik, kemudian tidak ada orang panes, itu tidak kita kasi fogging. Terkecuali ada kasus, jentik banyak, penderita banyak, jadinya fogging fokus dia. Kalau fogging massal, baru bulan Juni-Juli ini udah dilaksanakan sama Dinas Kesehatan pake apa namanya...mobil di pinggir jalan.</p> <p>P: Kalau fogging fokus itu gimana caranya terus Jumentik/ Puskesmas memberikan...kan terkadang masyarakat ini minta</p> <p>YP: memaksan gitu ya? Kalau masyarakat kan sifatnya arogan ya, dikit-dikit minta fogging ya, masih tetep kita kerasain juga dia bahwa fogging ga bagus buat kesehatan. Selain mengganggu pernafasan, residunya itu berbahaya. Syukur-syukur sekarang masyarakat kota mau mengerti untuk kalau ada kasus itu tidak tidak meminta fogging secara massal itu. Terkecuali mereka artinya entah pegawai pemerintahan kan biasa seperti itu. Artinya harus buat menimbulkan rasa nyaman mungkin, gatau juga. Kalau dinas Ok kita jalankan, walau indikasi tidak ada tapi orang itu berpengaruh di Dinas, kita jalankan. Kita kan di bawah melaksanakan aja, kita di bawah memberikan indikasi itu, indikasi fogging apa engga.</p> <p>P: memberikan indikasi?</p> <p>YP: Iya memberikan indikasi berdasarkan hasil penyelidikan itu. Sekarang kembali ke Dinas, kalau emang kalau yang umum ngga ada indikasi, ngga. Kalau ada tekanan tertentu dari orang yang punya power, dinas jalan dia untuk fokusnya aja.</p>	
--	--	--

	<p>P: Apakah terdapat kendala saat melakukan komunikasi tersebut kepada masyarakat?</p> <p>YP: Pasti ada kendala ya, tergantung cara kita masyarakat kembali. Cara memastikan, meyakinkan mereka. Kita yang lebih bisa mengontrol emosi. Walaupun mereka pinginnya dapet rasa nyaman, tapi harus melaksanakan fogging. Itu aja sih...masyarakat seperti itu, disaat terjadi ada warga yang kena gini, kena dbd baru mereka aware sama kita. Disaat mereka masih aman-aman aja, kadang-kadang kader kita di bawah it...warga itu cuek lah “nggih silahkan”. Kadang-kadang ada penolakan disaat itu dah disaat baru terkena penyakit baru dia menyalahkan kita. Kita udah kerja di bawah. Artinya tergambark, biasanya walaupun kita kerja tapi ada laporan seperti itu kan keliatan kita nggak kerja di bawah, kurang gimana gitu. Padahal kita udah kerja keras di bawah. Kena pengaruh seperti itu....nggak dah keliatan.</p> <p>P: Dapatkah dijelaskan bagaimana cara mengatasi kendala yang tadi disebutkan misalnya penolakan...</p> <p>YP: Penolakan...Kalau berulang kali kan kita kordinasi ke pemegang wilayah wilayah, paling bawah itu kan Kaling, Kepala Lingkungan. Kalau memang Tidak bisa, ya nanti lapor ke Desa/Lurah (2726) Ntar bu diwaancara</p> <p>Ibu: Apa ni?</p> <p>P: Saya dari Brawijaya mau wawancara untuk komunikasi dbd.</p> <p>Ibu: Oooo</p> <p>P: Lanjut lagi, bagaimana konstruksi masyarakat tentang dbd?</p> <p>YP: Konstruksi gimna?</p> <p>P: Persepsinya, gambaran mereka ttg dbd itu seperti apa?</p> <p>YP: Sepertinya masih ya seperti penyakit yang ga ada obatnya. Penyakit yang besar biaya perawatannya dan juga</p>	
--	--	--

	<p>penyakit yang bisa mematikan artinya mereka seperti itu.</p> <p>P: Lalu pemahaman masyarakat di sini Di Denpasar Timur tentang DBD itu seperti apa?</p> <p>YP: DBD kalo masyarakat di sekitar wilayah Puskesmas sih udah aware sekali. Karena kan kepala lingkungan, lurahnya responnya bagus kepada Jumantik. Kadang-kadang ada aja, ngga semua, sekian persen ada penerimaan masyarakat. Artinya secara global di Dentim bagus lah, kita bandingkan dengan tingkat kejadian kasus yang terus turun, adanya peran serta masyarakat ikut Gema Petik itu sangat membantu, kinerja jumantik di bawah.</p> <p>P: Dapatkah diceritakan tentang evaluasi program, tentang indikator nya juga?</p> <p>YP: Kalau evaluasi program di Puskesmas kita pelaksanaannya sih 3x sih dari berbagai sumber dana. Kalau rutinnya kita per semester, per semester I semester 2, kemudian dari danabox kita juga ada evaluasi untuk DBDnya artinya 3x setahun lah.</p> <p>P: 3x itu dari...</p> <p>YP: Kalau internal Puskesmas 1x aja, kalau mengundang Dinas, camat, desa lurah itu 2x. Dalam setahun 2x.</p> <p>P: mungkin itu sajt untuk hari ini. Mungkin saya boleh minta kontak nya untuk wawancara follow up.</p> <p>P: Terimakasih banyak Bli sudah meluangkan waktu wawancara.</p>	
--	---	--

LAMPIRAN

Lampiran 1

Transcript verbatim

Hasil *interview*1

Tanggal : 23 Agustus Agustus 2018

Waktu : 14.17

Keterangan:

P: Peneliti

NI: Nini

<i>Codes</i>	<i>Transcript</i>	<i>Keterangan</i>
	<p>P: Dengan namanya, biodatanya siapa Bu? Nama,TTL, lama bekerja</p> <p>NI: Nama saya Nini</p> <p>P: Dengan Ibu Nini...Untuk TTL Bu?</p> <p>NI: Mataram...23 Juni...Nanti dikasi kado ya udah dikasi itu awas ga dikasi kado</p> <p>P: Yah udah lewat Bu...</p> <p>NI: Ntar tunggu tahun depan...</p> <p>P: Lama bekerja nya jadi Jumantik</p> <p>NI: Berapa tahun udah ya...10 lebih...lebih 10 tahun kayaknya ya...</p> <p>P: Saat ini masuk departemen/jabatan bu di Puskesmas?</p> <p>NI: Ngga...kita kan pegawai kontrak istilahnya. Jadi tiap tahun kita perpanjang kontrak, perpanjangkontrka</p> <p>P: Saya mau tanya untuk fungsi dari Puskesmas sendiri sbg org kesehatan. Dapatkah ibu certain tentang fungsi dari Puskesmas bagi masyarakat di wilayah kerja?</p> <p>NI: Maksudnya?</p> <p>P: Fungsi puskesmas dalam kesehatan seperti itu...</p> <p>NI: Ooo...melayani untuk kesehatan masyarakat...masyarakat yang ada di wilayah kerja puskesmas. Kita kan di wilayah Dentim I...ee...ya fungsinya</p>	

	<p>melayani kebutuhan kesehatan masyarakat...</p> <p>P: Terkait dengan itu sebagai jumentik kira kira fungsinya...fungsi jumentik bagi masyarakat itu spt apa ya?</p> <p>NI: Fungsi jumentik bagi masyarakat? Untuk menghimbau, mengingatkan, mensosialisasikan ee...pentingnya kita melakukan terutama pemberantasan sarang nyamuk di rumah. Karena kan DBD itu ndak hanya di Denpasar saja kan. Malah udah hampir seluruh Indoneisas kan. Malah tahun-tahun kemarin, tahun awal-awal saya bekerja sudah apa istilahnya...kalau istilahnya tu...kasusnya tu kan banyak. Kalau sekarang kan setelah ada jumentik, lumayan lah agak turun kasusnya dbd itu.</p> <p>P: Terkait itu bu, kemarin saya ngeliat juga data kemenkes emang yang paling tinggi itudi Bali...terus sekarang ini kira-kira gimana ibu memandang risiko dbd untuk penyakitnya atau pencegahannya</p> <p>NI: Eee.. sebetulnya kita kalau jumentik memang tugas kita untuk mengingatkan masyarakat...mensosialisasikan pentingnya apa menjaga kesehatan...terutama. Tapi kalo...tergantung juga dari masyarakatnya...sebetulnya kita kerjanya bersinergi ya dengan masyarakat. Nah dengan dinas kesehatan, dengan jumentik, kita yang turun langsung ke warga. Kita yang bersosialisasi langsung dengan warganya kan gitu. Apanamanya...tergantung...masyarakat juga harus apanamanya...care...apa istilahnya ya...</p> <p>P: Aware?</p> <p>NI: aware...lah dengan paling ndak, dengan dirinya sendiri harus peduli dengan kesehatannya. Kita kan sebagai petugas tidak setiap hari bisa mendatangi merkea kangitu. Paling kita seminggu..seminggu dateng lagi..seminggu dateng lagi. Harusnya dari kesadaran masyarakatnya sendiri sih yang...harus menjaga kesehatan dan kebersihan lingkungannya</p>	
--	---	--

	<p>P: Selama ini gmn cara jumentik ini menyampaikan informasi kesehatan khususnya db kepada masyarkat?</p> <p>NI: Selain kita menjalankan tugas rutin setiap hari, kadang ada sosialisasi kan kalo di Bali ada banjar-banjar, ya. Kita bisa lewat posyandu kita apanamanya...sosialisasi tentang pentingnya dbd...apa...pentingnya pemberantasan sarang nyamuk...ya...melakukan 3M...kalau sekarang kan istilahnya 3M Plus. Plusnya itu tidak menggantung pakaian, harus memakai apa..apanamanya...ee lotion..anti nyamuk dan sebagainya. Itu terus ada sosialisasi ee...lewat-lewat pertemuan-pertemuan PKK...terus kalo skarang di sekolah-sekolah ka nada programnya dimasukkan ke program ee....penerimaan siswa baru ka nada sosialisasi baik dari puskesmas, dari jumentik yang ngasik. Sekarang sekolahnya ada juga jumentik cerdas kan dari Kota Denpasar. DI sekolah-sekolah...</p> <p>P: Untuk selama ini kinerja Puskesmas...ee...kinerja jumentik yang bertugas di lapangan ini seperti apa bu?</p> <p>NI: Maksudnya?</p> <p>P: Gimanakualitas dari jumentik itu seperti, sebelum dia jadi jumentik itu dia harus ngapain seperti it?</p> <p>NI: oooh...kalo jumentik dulu ee dulu dari awalnya sih kita direkrut dari kader. Kader posyandu yang ada di banjar ditawarkan untuk bisa menjadi jumentik. Jadi direkomendasikan oleh kelian banjar...atau kelian dinas (pakkalingnya) direkomendasikannya dari situ. Jadi diambil dari kader-kader posyandu yang ada di lingkungan banjarnya itu</p> <p>P: Kira kira kenapa ya Bu harus dari lingkungannya itu?</p> <p>NI: Karena...karena...dia yang paham lingkungannya di wilayah kerjanya dia. Jadi pendekatan ke masyarakatnya juga lebih kan mudah jadinya kalo kita banyak ambil dari dari luar dari gini kan pendekatan</p>	
--	---	--

	<p>kemasyarakat...jadi kan kalo udah ambil di wilayah mereka udah kenal si I...ini si A...ini si B...tau dah jadinya, lebih gampang. Kalau ada kasus pun kita sudah sudah lebih gampang menghubungi...apa...tempat kasusnya itu.</p> <p>P: ee... boleh diceritain bu karakteristik masyarakat di wilayah dentim I ini seperti apa?</p> <p>NI: Macem-macam...</p> <p>P: Paling sering ditemui?</p> <p>NI: Yang..yang...paling dari kalo awal awal si yang sering ditemuin itu...ee...ee...tidak peduli. Maksudnya bukan tidak...ya...tidak peduli baik dengan petugas, baik dengan lingkungan nya. Lingkungan sekitar rumahnya. Sampai sekarang pun ada juga yang tidak peduli dengan lingkungan kebersihan rumahnya.</p> <p>P: Bagi ibu sendiri, apa yang idealnya dilakukan untuk mencegah risiko terjangkit dbd?</p> <p>NI: Yaa...selain sosialisasi, ee...paling ngga kita ee.. harus gotong royong...harus digencarkan lagi...di...tidak di banjar paling ngga di lingkungan...kalo kitadi sini lingkungan rumah dah paling tidak kan...tetangga dan sekitarnya...ee...selain itu apalagi ya...itu sih yang pentingnya...gotong royong aja sih. Cuma menyadarkan masyarakat untuk melakukan 3M itu. Kalau memang masyarakat udah sadar peduli dengan kesehatan dirinya sendiri lah...jangan dulu kesehatan...kesehatan dirinya dan keluarganya...baru ke lingkungan...seharusnya gitu. Kalau dia sudah peduli dengan kesehatan dirinya dan kesehatan keluarganya...yakin...dbd itu bisa hilang.</p> <p>P: Selama ini bentuk informasi apa saja yang disampaikan kepada masyarakat tentang db?</p> <p>NI: Untuk informasinya maksudnya....</p> <p>P: Apa ada untuk pencegahannya...untuk risikonya...</p>	
--	--	--

	<p>NI: Yaitu...pertama pencegahannya.. terus resikoanya...terus penanggulangannya seperti apa...penanggulangan awalnya seperti apa...ya gitu aja sih yang kita tekankan</p> <p>P: Boleh diceritain bu risiko yg ada di db ini apa aja atau penanggulangannya seperti apa</p> <p>NI: Kalau risikonya, selain yang paling fatal kan kematian ya...ya risikonya dari kita kalo ada dari anak atau siapa...waktu sudah tentu ya...kalau sekarang dari apa...ee...biaya...biaya kan otomatis kalo ngga punya jaminan kesehatan lain kan otomatis biaya lumayan... apa tadi kalau penanggulangannya. Penanggulangannya yaitu seperti saya berulang-ulang sampaikan tadi..ee...PSN...melakukan 3M...kesadaran dari dirinya sendiri...kesadaran terhadap lingkungannya...begitu.</p> <p>P: tadi untuk membuat kesadaran itu juga melibatkan masyarakat...</p> <p>NI: Iya...</p> <p>P: Dalam apa keterlibatan masyarakat</p> <p>NI: ee...keterlibatan masyarakat? Ya itu dah melakukan gotong royong seperti yang dibilang</p> <p>P: Selama ini kendala yang dialami jumantik di lapangan ini seperti apa bu?</p> <p>NI: kendalanya...yang palingini sih...sebetulnya...yang awal-awal penerimaan masyarakat terhadap kita petugas jumantik. Ee...pinter-pinternya kita memperkenalkan diri pertama, tujuan kita apa, apa, pinter2nya kita para jumantik untuk...apa...mensosialisasikan apa kedatangann kita tujuan nya apa. Ya itu aja sih kendalanya yaitu penerimaan masyarakat aja sih awalnya. Kalau sekarang kan kalo di Kota Denpasar, karena sudah lama kan jumantik pun udah hampir 10 tahun lebih, jadi semua ya sudah sudah sudah tau lah...udah tau</p> <p>P: Kalau misalkan jumantik ini pernah menemukan penolakan, biasanya cara mengatasi biar ga ditolak?</p> <p>NI: Kalo...ya awalnya sih kita dengan ini</p>	
--	---	--

	<p>dulu...apa...supaya mereka bersimpati ya...ya kita jelaskan maksud tujuan kita, kalo mereka terus menolak ya kita lapor ke kepala lingkungannya. Jadi kepala lingkungannya menindaklanjuti ke warganya. Yaitu tadi, makanya kenapa yang diambil itu warga di lingkungan itu. Itu..itu fungsinya. Jadi, kalo otomatis kalo orang lain, kalo bukan warga nya dia otomatis orang bertanya ya, apalagi jaman sekarang ...itu tadi tujuannya jadi diambil warga yang memang asli wilayah itu. Jadi supaya mudah masuk...menjelaskan...diterima oleh warganya.</p> <p>P: Saya tau...pendekatan...beberapa ee...tindakan yang mencegah db itu kayaabate, fogging itu punya risikokesehatan sendiri..kayak fogging itu</p> <p>NI: Fogging kan dulu memang digencarkan fogging. Tapi katanya karena ada risiko ke ke pernafasan, kesehatan, makanya sekarang di fogging itu di...apanamanya...di..dijarkan... istilahnya berkala lah. Jadi ada fogging fokus, fogging massal, kecuali kalo fogging fokus kan di mana ada satu wilayah, ada kasus 3 atau 4 baru kita fokus ke wilayah tersebut. Kalo fogging massal, dari dinas yang melakukan programnya kan seperti itu. Kalao abate ini sementara ngga ada keluhan sih dari masyarakat cuman baunya itu sih yang agak...tapi kan itu berapa hari hilang lagi. Fungsinya kan lumayan itu tiga bulan...</p> <p>P: Kadang ka nada masyarakat untuk minta fogging itu...caranya untuk memberitahu...menjelaskan itu seperti apa?</p> <p>NI: Yaitu kita kasitau risikonya kalo fogging, ee resiko bisa mengganggu kesehatan pernafasan...terus yang kedua ya kita jelaskan, fogging dilakukan, kenapadilakukan fogging, ya saat bagaimana pelaksanaan fogging. Memang ada kasus disitu, baru kasus (terikat) 3sampai 4 kasus fokus di wilayah situ baru kita lakukan fogging, karena risikonya yaitu</p>	
--	---	--

	<p>mengganggu pernafasan...itu...</p> <p>P: Selama ini apa ada evaluasi terhadap kinerja jumanantik?</p> <p>NI: Ada tiga bulan sekali...3 bulan apa 6 bulan sekarang?</p> <p>NI: Tadinya kan 3 bulan sekali, sekarang sudah per semester....</p> <p>P: indikator keberhasilannya seperti</p> <p>NI: Dentim I sih terus turun ya...syukursih kemarin kita peringkat berapa ya...dentimnya...untuk kota Denpasar karena bisa kita menekan kasus eee...sakit...dan ngga ada kasus kematian ya? Ngga ada kasus kematian.</p> <p>P: Mungkin itu aja bu untuk diskusi nya</p> <p>NI: Mudah-mudahan bermanfaat ya. Nanti kalo ada yang kurang tanya ke kordinator..yaa</p> <p>P: Iya bu...ini sebagai sudut pandangnya jumanantik seperti itu.</p> <p>NI: Oh iyaiyaa</p> <p>P: Kan kordinator kemarin udah banyak...saya banyak wawancaranya sama kordinator di puskesmas, tadi wawancara warga dapet, jumanantik juga dapet</p> <p>NI: Oh gitu...makasi ya</p> <p>P: Makasi banyak</p>	
--	--	--



PEMERINTAH PROVINSI BALI
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU
PINTU

Jalan Raya Puputan, Niti Mandala Denpasar 80235
 Telp./Fax (0361) 243804/256905
 website: www.dpmptsp.baliprov.go.id e-mail: dpmptsp@baliprov.go.id

Nomor : 070/02594/DPMPTSP-B/2018
 Lampiran : -
 Perihal : Rekomendasi

Kepada
 Yth: Walikota Denpasar
 cq. Kepala Badan Kesbang Pol
 Kota Denpasar
 di -
Tempat

I. Dasar

1. Peraturan Gubernur Bali Nomor 32 Tahun 2017 Tanggal 25 April 2017 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Terpadu Satu Pintu dan Peraturan Gubernur Bali Nomor 36 Tahun 2017 Tanggal 26 April 2017 Tentang Tata Cara/Prosedur Penerbitan Perizinan dan NonPerizinan pada Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu.
2. Surat Permohonan dari Wakil Dekan Bidang Akademik Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Brawijaya Nomor 1237/UN10.F11.01/PP/, tanggal 09 Mei 2018, Perihal Permohonan Izin Penelitian.

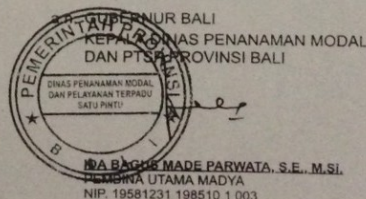
II. Setelah mempelajari dan meneliti rencana kegiatan yang diajukan, maka dapat diberikan Rekomendasi kepada:

Nama : I GUSTI LANANG AGUNG KHARISMA WIBHISONO
 Pekerjaan : Mahasiswa
 Alamat : Jalan Trengguli Gang XXIII No.1 A
 Judul/bidang : Mengkomunikasikan Risiko yang Terabaikan Melalui Organisasi Kesehatan (Studi Kasus pada Komunikasi Risiko Terjangkit Demam Berdarah Dengue di Wilayah Kerja Puskesmas Wilayah I Denpasar Timur dan Denpasar Selatan)
 Lokasi Penelitian : Puskesmas Wilayah I Denpasar Timur dan Puskesmas Wilayah I Denpasar Selatan
 Jumlah Peserta : 1 Orang
 Lama Penelitian : 6 Bulan (01 Jun 2018 s/d 01 Nov 2018)

III. Dalam melakukan kegiatan agar yang bersangkutan mematuhi ketentuan sebagai berikut:

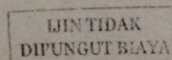
- a. Sebelum melakukan kegiatan agar melaporkan kedatangannya kepada Bupati/Walikota setempat atau pejabat yang berwenang
- b. Tidak dibenarkan melakukan kegiatan yang tidak ada kaitannya dengan bidang/judul Penelitian. Apabila melanggar ketentuan Rekomendasi/Ijin akan dicabut dihentikan segala kegiatannya.
- c. Mentaati segala ketentuan perundang-undangan yang berlaku serta mengindahkan adat istiadat dan budaya setempat.
- d. Apabila masa berlaku Rekomendasi/Ijin ini telah berakhir, sedangkan pelaksanaan kegiatan belum selesai, maka perpanjangan Rekomendasi/Ijin agar ditujukan kepada instansi pemohon.
- e. Menyerahkan hasil kegiatan kepada Pemerintah Provinsi Bali, melalui Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Bali dan Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Provinsi Bali

Denpasar, 09 Mei 2018



Tembusan kepada Yth:

1. Kepala Badan Kesbangpol Provinsi Bali
2. Yang Bersangkutan



2. Selesai mengadakan penelitian melapor kembali kepada Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Denpasar.
3. Menyerahkan 1 (satu) exemplar hasil penelitian tersebut kepada Pemerintah Kota Denpasar (Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Denpasar)
4. Dilarang melakukan kegiatan diluar dari pada kegiatan tujuan yang telah ditetapkan dan pelanggaran terhadap ketentuan di atas, ijin ini akan dicabut dan menghentikan segala kegiatannya.
5. Para Peneliti, Survey, Study Perbandingan, KKN, KKL, mentaati dan menghormati ketentuan yang berlaku di Daerah setempat.

Demikian Rekomendasi ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Denpasar, 15 Mei 2018
An. Walikota Denpasar
Ub. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan
Politik Kota Denpasar

NWAyan W. Prayum, S.Sos,M.Si
NIP. 196301011986021014

Tembusan disampaikan :

1. Walikota Denpasar (sebagai laporan)
2. Dinas Kesehatan Kota Denpasar
3. Camat Denpasar Timur
4. Camat Denpasar Selatan
5. Yang Bersangkutan
6. Arsip



PEMERINTAHAN KOTA DENPASAR
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
JALAN BELITON NO.1 TELEPON 234648 DENPASAR

<https://www.denpasarkota.go.id/> email : kesbangpol@denpasarkota.go.id

Nomor : 070/759/BKBP

Kepada

Lampiran : -

Yth.

Perihal : **Rekomendasi Penelitian**

1. Kepala Puskesmas I Denpasar Timur

2. Kepala Puskesmas I Denpasar Selatan

di-

Denpasar

I. Dasar:

1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian.
2. Peraturan Daerah Kota Denpasar Nomor 8 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kota Denpasar Tahun 2016 Nomor 8. Tambahan Lembaran Daerah Kota Denpasar Nomor 8).
3. Peraturan Walikota Denpasar Nomor 43 Tahun 2016 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi Serta Tata Kerja Sekretariat Daerah, Staf Ahli, Sekretariat Dewan Perwakilan Daerah, Inspektorat, Badan Daerah dan Rumah Sakit Umum Daerah Kota Denpasar (Berita Daerah Kota Denpasar Tahun 2016 Nomor 43).
4. Peraturan Walikota Denpasar Nomor 13 Tahun 2017 Tentang Uraian Tugas Jabatan pada Sekretariat Daerah, Staf Ahli, Sekretariat Dewan Perwakilan Rakyat Daerah Inspektorat, Badan Daerah dan Rumah Sakit Daerah.

II. Memperhatikan:

Surat Rekomendasi dari Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Bali Nomor : 070/02594/DPMPSTP-B/2018, tanggal 09 Mei 2018, Perihal : Rekomendasi Penelitian

III. Setelah Mempelajari dan Meneliti Rencana Kegiatan yang diajukan, maka Walikota Denpasar memberikan Rekomendasi kepada :

Nama	: I Gusti Lanang Agung Kharisma Wibhisono
Alamat	: Jalan Trengguli Gang XXIII Nomor 1A
Status Peneliti	: Mahasiswa
Judul Penelitian	: Mengkomunikasikan Risiko yang Terabaikan Melalui Organisasi Kesehatan (Studi Kasus pada Komunikasi Risiko Terjangkit Demam Berdarah Dengue di Wilayah Kerja Puskesmas Wilayah I Denpasar Timur dan Denpasar Selatan)
Lokasi Penelitian	: Puskesmas Wilayah I Denpasar Timur dan Puskesmas Wilayah I Denpasar Selatan
Tujuan Penelitian	: Melakukan Penelitian/ Tugas Akhir/ Skripsi
Bidang Peneliti	: Lainnya
Jumlah Peserta	: 1 Orang
Lama Penelitian	: 5 Bulan (01 Juni 2018 - 01 November 2018)

IV. Dalam Melakukan Kegiatan agar yang bersangkutan mematuhi ketentuan sebagai berikut:

1. Sebelum mengadakan penelitian/kerja praktek agar melapor kepada Atasan/Kepala Instansi bersangkutan



KEMENTERIAN RISET TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
Jalan Veteran Malang (65145), Tlp. (0341) 575755, 551611 Psw. 250, Fax. (0341) 570038

FORM KESEDIAAN MENJADI INFORMAN

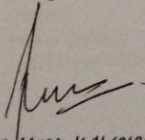
Berdasarkan kegiatan penelitian skripsi berjudul "Mengkomunikasikan Risiko yang Terabaikan Melalui Organisasi Kesehatan (Studi Kasus pada Komunikasi Risiko Terjangkit Demam Berdarah Dengue di Wilayah Kerja Puskesmas Wilayah I Denpasar Timur dan Denpasar Selatan)" saya menyatakan:

1. Saya telah diberi lembar informasi (*informed consent*) yang menjelaskan tentang penelitian ini
2. Saya telah membaca, memahami informasi dalam lembar informasi tersebut, telah diberi kesempatan untuk bertanya dan telah diberi jawaban yang memuaskan
3. Saya menyadari bahwa jika saya memiliki pertanyaan tambahan, saya dapat menghubungi peneliti atau pembimbingnya melalui kontak yang disediakan.
4. Saya memahami bahwa informasi yang saya berikan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian ini dan memahami bagaimana informasi tersebut digunakan.
5. Saya menyetujui akan mengikuti proses wawancara pada waktu dan tempat yang telah ditentukan bersama.
6. Saya memperkenalkan peneliti untuk menggunakan alat bantu pencatatan data seperti alat perekam dan buku catatan untuk menghindari kesalahan pencatatan data.
7. Saya memahami bahwa saya bebas menarik diri dari keikutsertaan dalam penelitian ini, kapan pun tanpa penjelasan atau denda apapun.

Saya menyatakan kesediaan saya sebagai informan dalam penelitian ini:

Tanggal :

Nama Partisipan :


NI MADE MUDI KALMIANI
Informan



KEMENTERIAN RISET TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
Jalan Veteran Malang (65145), Tlp. (0341) 575755, 551611 Psw. 250, Fax. (0341) 570038

FORM KESEDIAAN MENJADI INFORMAN

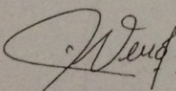
Berdasarkan kegiatan penelitian skripsi berjudul “Mengkomunikasikan Risiko yang Terabaikan Melalui Organisasi Kesehatan (Studi Kasus pada Komunikasi Risiko Terjangkit Demam Berdarah Dengue di Wilayah Kerja Puskesmas Wilayah I Denpasar Timur dan Denpasar Selatan)” saya menyatakan:

1. Saya telah diberi lembar informasi (*informed consent*) yang menjelaskan tentang penelitian ini
2. Saya telah membaca, memahami informasi dalam lembar informasi tersebut, telah diberi kesempatan untuk bertanya dan telah diberi jawaban yang memuaskan
3. Saya menyadari bahwa jika saya memiliki pertanyaan tambahan, saya dapat menghubungi peneliti atau pembimbingnya melalui kontak yang disediakan.
4. Saya memahami bahwa informasi yang saya berikan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian ini dan memahami bagaimana informasi tersebut digunakan.
5. Saya menyetujui akan mengikuti proses wawancara pada waktu dan tempat yang telah ditentukan bersama.
6. Saya memperkenalkan peneliti untuk menggunakan alat bantu pencatatan data seperti alat perekam dan buku catatan untuk menghindari kesalahan pencatatan data.
7. Saya memahami bahwa saya bebas menarik diri dari keikutsertaan dalam penelitian ini, kapan pun tanpa penjelasan atau denda apapun.

Saya menyatakan kesediaan saya sebagai informan dalam penelitian ini:

Tanggal : 20 Juni 2018

Nama Partisipan : Cokorda Istri Vera Purledi


Cok. Istri Vera Purledi

Informan



KEMENTERIAN RISET TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
Jalan Veteran Malang (65145), Tlp. (0341) 575755, 551611 Psw. 250, Fax. (0341) 570038

FORM KESEDIAAN MENJADI INFORMAN

Berdasarkan kegiatan penelitian skripsi berjudul “Mengkomunikasikan Risiko yang Terabaikan Melalui Organisasi Kesehatan (Studi Kasus pada Komunikasi Risiko Terjangkit Demam Berdarah Dengue di Wilayah Kerja Puskesmas Wilayah I Denpasar Timur dan Denpasar Selatan)” saya menyatakan:

1. Saya telah diberi lembar informasi (*informed consent*) yang menjelaskan tentang penelitian ini
2. Saya telah membaca, memahami informasi dalam lembar informasi tersebut, telah diberi kesempatan untuk bertanya dan telah diberi jawaban yang memuaskan
3. Saya menyadari bahwa jika saya memiliki pertanyaan tambahan, saya dapat menghubungi peneliti atau pembimbingnya melalui kontak yang disediakan.
4. Saya memahami bahwa informasi yang saya berikan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian ini dan memahami bagaimana informasi tersebut digunakan.
5. Saya menyetujui akan mengikuti proses wawancara pada waktu dan tempat yang telah ditentukan bersama.
6. Saya memperkenalkan peneliti untuk menggunakan alat bantu pencatatan data seperti alat perekam dan buku catatan untuk menghindari kesalahan pencatatan data.
7. Saya memahami bahwa saya bebas menarik diri dari keikutsertaan dalam penelitian ini, kapan pun tanpa penjelasan atau denda apapun.

Saya menyatakan kesediaan saya sebagai informan dalam penelitian ini:

Tanggal :

Nama Partisipan : I PUTU YUDIARTHA PUTRA, S.KM.

(087862795516).

Informan



KEMENTERIAN RISET TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA

FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK

Jalan Veteran Malang (65145), Tlp. (0341) 575755, 551611 Psw. 250, Fax. (0341) 570038

FORM KESEDIAAN MENJADI INFORMAN

Berdasarkan kegiatan penelitian skripsi berjudul “Mengkomunikasikan Risiko yang Terabaikan Melalui Organisasi Kesehatan (Studi Kasus pada Komunikasi Risiko Terjangkit Demam Berdarah Dengue di Wilayah Kerja Puskesmas Wilayah I Denpasar Timur dan Denpasar Selatan)” saya menyatakan:

1. Saya telah diberi lembar informasi (*informed consent*) yang menjelaskan tentang penelitian ini
2. Saya telah membaca, memahami informasi dalam lembar informasi tersebut, telah diberi kesempatan untuk bertanya dan telah diberi jawaban yang memuaskan
3. Saya menyadari bahwa jika saya memiliki pertanyaan tambahan, saya dapat menghubungi peneliti atau pembimbingnya melalui kontak yang disediakan.
4. Saya memahami bahwa informasi yang saya berikan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian ini dan memahami bagaimana informasi tersebut digunakan.
5. Saya menyetujui akan mengikuti proses wawancara pada waktu dan tempat yang telah ditentukan bersama.
6. Saya memperkenalkan peneliti untuk menggunakan alat bantu pencatatan data seperti alat perekam dan buku catatan untuk menghindari kesalahan pencatatan data.
7. Saya memahami bahwa saya bebas menarik diri dari keikutsertaan dalam penelitian ini, kapan pun tanpa penjelasan atau denda apapun.

Saya menyatakan kesediaan saya sebagai informan dalam penelitian ini:

Tanggal : 11/8/2018

Nama Partisipan : Ni Luh Kharismawati, A.MdKeb, SKM

Informan



KEMENTERIAN RISET TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
Jalan Veteran Malang (65145), Tlp. (0341) 575755, 551611 Psw. 250, Fax. (0341) 570038

FORM KESEDIAAN MENJADI INFORMAN

Berdasarkan kegiatan penelitian skripsi berjudul “Mengkomunikasikan Risiko yang Terabaikan Melalui Organisasi Kesehatan (Studi Kasus pada Komunikasi Risiko Terjangkit Demam Berdarah Dengue di Wilayah Kerja Puskesmas Wilayah I Denpasar Timur dan Denpasar Selatan)” saya menyatakan:

1. Saya telah diberi lembar informasi (*informed consent*) yang menjelaskan tentang penelitian ini
2. Saya telah membaca, memahami informasi dalam lembar informasi tersebut, telah diberi kesempatan untuk bertanya dan telah diberi jawaban yang memuaskan
3. Saya menyadari bahwa jika saya memiliki pertanyaan tambahan, saya dapat menghubungi peneliti atau pembimbingnya melalui kontak yang disediakan.
4. Saya memahami bahwa informasi yang saya berikan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian ini dan memahami bagaimana informasi tersebut digunakan.
5. Saya menyetujui akan mengikuti proses wawancara pada waktu dan tempat yang telah ditentukan bersama.
6. Saya memperkenalkan peneliti untuk menggunakan alat bantu pencatatan data seperti alat perekam dan buku catatan untuk menghindari kesalahan pencatatan data.
7. Saya memahami bahwa saya bebas menarik diri dari keikutsertaan dalam penelitian ini, kapan pun tanpa penjelasan atau denda apapun.

Saya menyatakan kesediaan saya sebagai informan dalam penelitian ini:

Tanggal : 11 Juni 2018
Nama Partisipan : Ni Luh Gita Sandewi

Informan



KEMENTERIAN RISET TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
Jalan Veteran Malang (65145), Tlp. (0341) 575755, 551611 Psw. 250, Fax. (0341) 570038

FORM KESEDIAAN MENJADI INFORMAN

Berdasarkan kegiatan penelitian skripsi berjudul "Mengkomunikasikan Risiko yang Terabaikan Melalui Organisasi Kesehatan (Studi Kasus pada Komunikasi Risiko Terjangkit Demam Berdarah Dengue di Wilayah Kerja Puskesmas Wilayah I Denpasar Timur dan Denpasar Selatan)" saya menyatakan:


1. Saya telah diberi lembar informasi (*informed consent*) yang menjelaskan tentang penelitian ini
2. Saya telah membaca, memahami informasi dalam lembar informasi tersebut, telah diberi kesempatan untuk bertanya dan telah diberi jawaban yang memuaskan
3. Saya menyadari bahwa jika saya memiliki pertanyaan tambahan, saya dapat menghubungi peneliti atau pembimbingnya melalui kontak yang disediakan.
4. Saya memahami bahwa informasi yang saya berikan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian ini dan memahami bagaimana informasi tersebut digunakan.
5. Saya menyetujui akan mengikuti proses wawancara pada waktu dan tempat yang telah ditentukan bersama.
6. Saya memperkenankan peneliti untuk menggunakan alat bantu pencatatan data seperti alat perekam dan buku catatan untuk menghindari kesalahan pencatatan data.
7. Saya memahami bahwa saya bebas menarik diri dari keikutsertaan dalam penelitian ini, kapan pun tanpa penjelasan atau denda apapun.

Saya menyatakan kesediaan saya sebagai informan dalam penelitian ini:

Tanggal : 11 Juni 2018

Nama Partisipan : MADE SHASMITHA PRAGMANWETIAS

Informan

 **KEMENTERIAN RISET TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI**
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
Jalan Veteran Malang (65145), Tlp. (0341) 575755, 551611 Psw. 250, Fax. (0341) 570038

FORM KESEDIAAN MENJADI INFORMAN

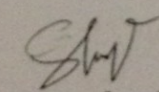
Berdasarkan kegiatan penelitian skripsi berjudul "Mengkomunikasikan Risiko yang Terabaikan Melalui Organisasi Kesehatan (Studi Kasus pada Komunikasi Risiko Terjangkit Demam Berdarah Dengue di Wilayah Kerja Puskesmas Wilayah I Denpasar Timur dan Denpasar Selatan)" saya menyatakan:

1. Saya telah diberi lembar informasi (*informed consent*) yang menjelaskan tentang penelitian ini
2. Saya telah membaca, memahami informasi dalam lembar informasi tersebut, telah diberi kesempatan untuk bertanya dan telah diberi jawaban yang memuaskan
3. Saya menyadari bahwa jika saya memiliki pertanyaan tambahan, saya dapat menghubungi peneliti atau pembimbingnya melalui kontak yang disediakan.
4. Saya memahami bahwa informasi yang saya berikan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian ini dan memahami bagaimana informasi tersebut digunakan.
5. Saya menyetujui akan mengikuti proses wawancara pada waktu dan tempat yang telah ditentukan bersama.
6. Saya memperkenalkan peneliti untuk menggunakan alat bantu pencatatan data seperti alat perekam dan buku catatan untuk menghindari kesalahan pencatatan data.
7. Saya memahami bahwa saya bebas menarik diri dari keikutsertaan dalam penelitian ini, kapan pun tanpa penjelasan atau denda apapun.

Saya menyatakan kesediaan saya sebagai informan dalam penelitian ini:

Tanggal : 11 Juni 2018

Nama Partisipan : I Putu Sugiantara


I Putu Sugiantara.
Informan



KEMENTERIAN RISET TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
Jalan Veteran Malang (65145), Tlp. (0341) 575755, 551611 Psw. 250, Fax. (0341) 570038

FORM KESEDIAAN MENJADI INFORMAN


Berdasarkan kegiatan penelitian skripsi berjudul "Mengkomunikasikan Risiko yang Terabaikan Melalui Organisasi Kesehatan (Studi Kasus pada Komunikasi Risiko Terjangkit Demam Berdarah Dengue di Wilayah Kerja Puskesmas Wilayah I Denpasar Timur dan Denpasar Selatan)" saya menyatakan:

1. Saya telah diberi lembar informasi (*informed consent*) yang menjelaskan tentang penelitian ini
2. Saya telah membaca, memahami informasi dalam lembar informasi tersebut, telah diberi kesempatan untuk bertanya dan telah diberi jawaban yang memuaskan
3. Saya menyadari bahwa jika saya memiliki pertanyaan tambahan, saya dapat menghubungi peneliti atau pembimbingnya melalui kontak yang disediakan.
4. Saya memahami bahwa informasi yang saya berikan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian ini dan memahami bagaimana informasi tersebut digunakan.
5. Saya menyetujui akan mengikuti proses wawancara pada waktu dan tempat yang telah ditentukan bersama.
6. Saya memperkenankan peneliti untuk menggunakan alat bantu pencatatan data seperti alat perekam dan buku catatan untuk menghindari kesalahan pencatatan data.
7. Saya memahami bahwa saya bebas menarik diri dari keikutsertaan dalam penelitian ini, kapan pun tanpa penjelasan atau denda apapun.

Saya menyatakan kesediaan saya sebagai informan dalam penelitian ini:

Tanggal : 11 Juni 2018

Nama Partisipan : Made Oka Cahyadi


Made Oka Cahyadi

Informan



KEMENTERIAN RISET TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
Jalan Veteran Malang (65145), Tlp. (0341) 575755, 551611 Psw. 250, Fax. (0341) 570038

LEMBAR INFORMASI UNTUK INFORMAN

Yth. Bapak/Ibu, nama saya I Gusti Lanang Agung Kharisma Wibhisono. Saya merupakan mahasiswa Jurusan Ilmu Komunikasi, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik Universitas Brawijaya. Saat ini, saya sedang melakukan pengerjaan penelitian skripsi berjudul **"Mengkomunikasikan Risiko yang Terabaikan Melalui Organisasi Kesehatan (Studi Kasus pada Komunikasi Risiko Terjangkit Demam Berdarah Dengue di Wilayah Kerja Puskesmas Wilayah I Denpasar Timur dan Denpasar Selatan)"** Penelitian ini mengangkat topik komunikasi risiko kesehatan (*health and risk communication*) sebagai bagian dari kajian ilmu komunikasi. Karena itu, saya mengundang Bapak/Ibu untuk berpartisipasi sebagai informan.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui bagaimana petugas organisasi kesehatan seperti Puskesmas melakukan komunikasi risiko kesehatan kepada masyarakat di wilayah kerja (Denpasar Timur dan Denpasar Selatan) terkait informasi risiko, penanganan dan pencegahan risiko terjangkit demam berdarah *dengue*, serta bagaimana konstruksi sosio-kultural sebuah penyakit berperan di dalam komunikasi risiko kesehatan. Informan akan diminta untuk ikut serta dalam wawancara dengan menjawab pertanyaan yang telah dibuat oleh peneliti. Kegiatan ini bermanfaat untuk memberikan deskripsi dan pemahaman bagi khalayak umum dan lembaga dalam memahami proses komunikasi risiko kesehatan yang dilakukan oleh organisasi kesehatan. Hasil penelitian ini diharapkan dapat diwujudkan dalam bentuk skripsi.

Hanya peneliti dan pembimbing yang mempunyai akses pada proses pengumpulan data. Untuk menjamin kerahasiaan tersebut, data dan informasi akan diberikan kode-kode selama proses pengumpulan data. Keikutsertaan dalam penelitian ini bersifat sukarela dan informan bebas menarik diri dari keikutsertaan dalam penelitian ini kapan pun, tanpa dikenai denda apapun. Jika Anda bersedia ikut serta menjadi informan, dimohon kesediaannya untuk menandatangani lembar persetujuan informan dan mengembalikannya kepada peneliti. Jika Anda memiliki pertanyaan terkait penelitian ini, silahkan menghubungi peneliti atau pembimbingnya

Identitas Peneliti

Nama : I Gusti Lanang Agung Kharisma Wibhisono
NIM : 155120200111016
Kontak : kwibhisono@gmail.com atau 081237590999
Pembimbing : Yun Fitrahyati Laturrahmi, S. I. Kom., M. I. Kom.
NIP/NIK : 2013068606112001